

DE LA

N. 42

RÉTROVERSION UTÉRINE

Au point de vue de l'Étiologie

ET DU TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

Le 3 Août 1883

PAR

Paul BELLISSENT

Né à FITOU (Aude)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

RUES DURAND ET LEVAT

1883

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT * * Doyen
 CASTAN } Assesseurs
 COMBAL }

PROFESSEURS

<i>Opérations et appareils</i>	BOUISSON, O. * * , D. HONORAIRE
<i>Pathologie externe</i>	BOYER *.
<i>Accouchements</i>	DUMAS *.
<i>Clinique médicale</i>	DUPRÉ * G. *.
<i>Anatomie</i>	BENOIT * *.
<i>Clinique chirurgicale</i>	COURTY *.
<i>Clinique médicale</i>	COMBAL * *.
<i>Clinique des maladies mentales et nerveuses</i>	
<i>Physique médicale</i>	CAVALIER *.
<i>Anatomie pathologique et histologie</i>	MOITESSIER *.
<i>Médecine légale et toxicologie</i>	ESTOR.
<i>Clinique chirurgicale</i>	JAUMES.
<i>Chimie médicale et Pharmacie</i>	DUBRUEIL *.
<i>Hygiène</i>	ENGEL.
<i>Pathologie médicale</i>	BERTIN-SANS.
<i>Thérapeutique et Matière médic.</i>	CASTAN.
<i>Botanique et Histoire naturelle médic.</i>	GRASSET.
<i>Physiologie, chargé du cours</i>	PLANCHON * *.
	LANNEGRACE.

MARTIN (O. *), FONSSAGRIVES (O. *), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS

<i>Clinique des maladies des enfants</i>	MM. BATTLE, agrégé.
<i>Clinique des maladies syphilit. et cutan.</i>	GAYRAUD, agrégé.
<i>Clinique des maladies des vieillards.</i>	HAMELIN, agrégé.

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	MAIRET.
PÉCHOLIER.	CHALOT.
HAMELIN.	BIMAR.
GRYNFELTT.	LANNEGRACE.
DE GIRARD.	MOSSÉ.
SERRE.	REGIMBEAU *.
ROUSTAN.	TÉDENAT.
CARRIEU.	DUMAS fils.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. CASTAN, Président ;
 BOUISSON, Professeur ;
 GRYNFELTT } Agrégés.
 DUMAS fils }

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de ma Grand'Mère

A mon Père et à ma Mère

Reconnaissance éternelle !

P. BELLISSENT.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE PIERRE GÉLY

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE JEAN GÉLY

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE CHARLES MAILLAC

A MES COUSINS

Aristide Gély et Léopold Gély

Soyons toujours unis !

A mon cousin Émile Maillac

CHEF DE BATAILLON DU GÉNIE

Chevalier de la Légion d'honneur

A mon cousin Prosper Maillac

INSPECTEUR DES CHEMINS DE FER DU MIDI

P. BELLISSENT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur Castan

A M. le professeur agrégé Roustan

Merci de votre estime et de vos bons conseils.

P. BELLISSENT.

A mon ami le commandant Moynier

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A mon ami Gustave Lamouroux

Officier civil à Saïgon

A MES AMIS

Les Docteurs CLADA, VILLARET, BOIXO, TRAMONI et VINCENT

A tous mes Amis

P. BELLISSENT.

INTRODUCTION

Pendant le cours de nos études, nous avons pu nous convaincre de l'importance, tous les jours plus considérable, que prenait la chirurgie utérine. Nous avons pu nous convaincre aussi que cette importance était en rapport avec les exigences multiples de la pratique. Il semblerait que le nombre des malades affectées de lésions utérines ait augmenté. Et, cependant, une semblable proposition ne saurait être démontrée. On doit croire plutôt que les malades deviennent plus soucieuses de leur état ; qu'elles arrivent à vaincre plus facilement que par le passé des scrupules, très-légitimes d'ailleurs ; qu'elles viennent plus facilement et avec plus de confiance se remettre entre les mains de l'homme de l'art.

Frappé de cette importance considérable de la gynécologie, dès longtemps déjà nous avons résolu de nous en occuper spécialement.

Nous avons eu la bonne fortune de rencontrer au sein de cette Ecole un Maître justement renommé, M. le professeur Courty. C'est avec le plus grand intérêt que nous suivions ses leçons, et c'est dans son service que nous avons pu recueillir les quelques observations trop peu nombreuses qui ont servi, nous ne dirons pas de base, mais de prétexte à ce modeste travail.

Pour nous aider dans notre tâche, nous avons eu les meilleurs

VIII

conseils, les encouragements de M. le professeur agrégé Roustan. C'est grâce à son appui éclairé qu'il nous a été donné de la mener à bonne fin. Qu'il reçoive ici le témoignage public de notre reconnaissance.

Notre travail se divise en plusieurs chapitres. Nous avons surtout insisté sur l'étiologie et le traitement de la rétroversion. Nous avons cru, suivant en cela les leçons de nos Maîtres, qu'un traitement n'était rationnel qu'autant qu'il s'attaquait aux causes mêmes de la maladie. Ce qui souvent ne peut se faire en médecine, nous devons chercher à le faire en chirurgie ; car ici les causes sont moins obscures et nos moyens plus étendus.

Après avoir jeté un coup d'œil sur l'histoire des déviations utérines, nous traitons successivement l'anatomie de l'utérus et de ses annexes dans ce qui peut nous intéresser, l'étiologie, les symptômes et le diagnostic différentiel. Nos observations font suite ; nous avons soin d'y renvoyer le lecteur dans le cours de notre étude. Enfin un dernier chapitre est consacré au traitement.

Nous n'avons pas eu la prétention de faire une œuvre irréprochable ; la bienveillance connue de nos Juges nous permet d'espérer qu'ils tiendront compte de nos efforts.

DE LA RÉTROVERSION UTÉRINE

Au point de vue de l'Étiologie

ET DU TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

APERÇU HISTORIQUE

Les déviations utérines, les déplacements de l'organe gestateur semblent avoir occupé l'attention des anciens eux-mêmes. Ils manquaient cependant de moyens d'exploration qui aujourd'hui rendent le diagnostic de ces lésions relativement facile. Aussi trouvons-nous dans Hippocrate (1) lui-même des passages relatifs surtout à la symptomatologie des déviations et qui prouvent une observation réfléchie. Il faut cependant se garder de croire que l'observation seule a guidé les anciens ; s'ils ont noté les symptômes avec beaucoup de soin, ils n'ont pas jeté une grande lumière sur les causes des déviations et, par cela même, ils n'ont pu résumer aucune indication de traitement. Souvent guidés par des idées superstitieuses ou tout au

(1) Hippocrate : De Morbis Mulierum, t. VIII de Littré.

moins extra-scientifiques, ils ont pu considérer pendant longtemps l'utérus comme un être doué de volonté et agissant au gré de ses caprices. De là, des méthodes de traitement aussi ridicules que dégoûtantes, telle que celle qui était usitée dans l'hystérie, par exemple. Aussi, à part Hippocrate, que nous avons cité, ne trouvons-nous dans toute l'antiquité aucun médecin qui se soit occupé scientifiquement des maladies utérines.

Notre intention n'est certes pas de faire une histoire détaillée de la gynécologie aux diverses époques ; nous nous bornerons seulement à citer les noms des médecins qui ont contribué à l'étude des déviations utérines. Dans ce but, nous aurons aussi à étudier diverses doctrines qui, à une certaine époque, ont amené les chirurgiens à des déductions pathogéniques sur les déviations et qui aujourd'hui encore ont gardé une grande valeur.

Après Hippocrate, nous rencontrons un seul auteur, Aétius (1), qui parle des déviations. Il semblerait avoir connu même la rétroversion utérine, puisqu'il conseille l'introduction du doigt dans le rectum pour réduire l'organe déplacé et l'emploi de bougies rectales pour maintenir la réduction.

On le voit, un grand espace de temps s'était écoulé pendant lequel ces affections avaient été complètement perdues de vue. C'est que les Arabes, aussi bien que les anciens, n'avaient fait aucune recherche. Tous les traités publiés par eux dénotent un état stationnaire dans la science. Ils se copient l'un l'autre et, selon la remarque de M. le professeur Courty, ces auteurs écrivent d'après les livres et non d'après leurs propres observations.

Ce n'est que vers le milieu du XVIII^e siècle que paraissent des observations ayant une réelle importance sur les déplacements, les déviations utérines, et, en tête de tous, il convient de citer : Will. Hunter (1754), en Angleterre, et J.-B. Desgranges (1785), en France. Ce dernier publia à cette époque un *Mémoire sur la rétroversion*

(1) Aétius : *Contractæ ex veteribus medicinæ tretrabiblos*. Basileæ. 1542.

de l'utérus qui fut couronné par l'académie de chirurgie. Mais il faut ajouter aussi que ces Mémoires furent inspirés par un professeur de l'Ecole de Paris, Grégoire, qui, dès 1747, avait attiré l'attention de ses auditeurs sur ces déplacements à peu près méconnus jusque alors.

Après lui, citons les travaux de Desgranges (1) et de Hunter, qui s'occupent surtout des prolapsus et des flexions de l'utérus et les dissertations de Jahn (2), de Boehmer (3), et de Chopart (4), qui tous sont contemporains.

Il serait hors de notre cadre de citer tous les auteurs qui, après Desgranges et Hunter, s'occupèrent des déviations utérines. Pendant la période qui comprend toute la dernière moitié du XVII^e siècle et le XVIII^e siècle, on s'occupa principalement de recueillir des observations, on accumula des faits et on les décrivit avec assez de soin, pour qu'il fût permis de les discuter et de les interpréter diversement (5).

Pour ce qui concerne les déviations, le mouvement était donné ; mais on se contenta de les observer. Ce n'est que plus tard, au commencement de ce siècle, que des doctrines, qui régnaient en pathologie générale, passèrent dans le camp de la gynécologie et amenèrent la discussion de quelques points de pathogénie restés dans l'ombre jusque là. C'est alors qu'on se demanda par suite de quel mécanisme, sous l'influence de quelles causes, survenaient les déviations utérines ; et, selon l'époque, les réponses furent diverses.

Le premier doctrinaire est Lisfranc (6). Pour lui l'engorgement devient l'origine de toutes les maladies, des déviations utérines aussi bien que de la chlorose. Depuis, par une injuste réaction, ainsi que le

(1) Desgranges : De la rétroversion utérine, Recueil périodique de la Société de médecine de Paris, t. LXVI.

(2) Jahn : Dissertatio de utéro-reflexo.

(3) Boehmer : De prolapsu et inversione uteri.

(4) Chopart : Dissertatio de uteri prolapsu.

(5) Courty : Introduction au Traité des maladies de l'utérus.

(6) Lisfranc : Clinique chirurgicale de la Pitié, 1844.

fait remarquer M. le professeur Courty, l'engorgement a été injustement effacé de la liste des maladies utérines.

Après Lisfranc, nous citerons Bennet (1) qui appartient à l'école de Broussais et qui transporte dans la gynécologie la doctrine physiologique du Maître. Comme bien on le pense, l'inflammation eut le grand rôle dans les maladies utérines. Il le dit d'ailleurs formellement : « Dans la grande majorité des cas de maladie utérine confirmée, c'est-à-dire locale et constante, la maladie primitive et principale, le centre morbide, se trouve dans l'inflammation de la membrane muqueuse ou du tissu propre du corps ou du col de l'utérus avec leurs diverses conséquences (2). »

Aussi, les déviations elles-mêmes qui, à premier examen, seraient soustraites à cette cause primitive, sont-elles comprises dans le cadre nosologique de Bennet ; il n'en distrait guère et à regret que les polypes fibreux et le cancer.

En 1845, Velpeau (3) et son école tendent à remplacer l'engorgement et l'inflammation par le changement de l'organe gestateur. C'est grâce aux déviations utérines que surviennent la plupart des maladies des organes sexuels de la femme. L'engorgement, l'inflammation, ne sont que des conséquences des déviations. Nous devons reconnaître que Velpeau ne semble pas aussi absolu que Bennet et Lisfranc. Les idées de Velpeau amenèrent quelques travaux considérables, notamment ceux de Valleix (4) et elles ne tardèrent pas à subir l'épreuve si profitable des discussions académiques.

Nous serions obligé de donner trop de développement à ce chapitre de notre travail, si nous voulions analyser ici les travaux de nos contemporains. A partir de Velpeau, tous les gynécologistes se sont

(1) Bennet : Traité pratique de l'infl. de l'utérus. Trad. par Peter en 1864.

(2) Bennet : On the présent state of uterine Pathology, 1856.

(3) Velpeau : Gazette des Hôpitaux. 1845.

(4) Valleix : Des déviations utérines (Union médicale, 1852.)

occupés des déviations utérines ; tous ont accordé une place spéciale dans leurs ouvrages à la rétroversion de l'utérus.

Parmi ceux auxquels nous avons fait denombreux emprunts, directement ou d'après les citations qu'on en a faites, nous devons citer : Scanzoni (1), Simpson (2), Nonat (3), enfin Aran (4), qui remit en honneur la fluxion et la congestion utérines un peu délaissées au profit de l'inflammation.

Ces grands noms ne doivent pas nous faire oublier des auteurs plus modestes qui se sont spécialement occupés des déviations utérines. Nous devons donc citer les monographies remarquables de Ameline (5), Hervez de Chégoin (6), Lacroix (7), Baud (8). Baud, qui était l'élève de Lisfranc, s'est éloigné des doctrines du Maître relativement à la fréquence et à l'importance de l'engorgement. Il fait intervenir la débilité générale du sujet dans l'étiologie des déviations, et l'engorgement utérin n'est plus pour lui qu'un épiphénomène rare et de peu d'importance.

Enfin, si nous laissons là les diverses doctrines qui se rattachent aux noms de Lisfranc, de Bennet et de Velpeau, et que nous croyons avoir suffisamment exposées, pour étudier maintenant le perfectionnement graduel des moyens de diagnostic, nous verrons que la connaissance des déviations utérines a fait surtout de grands progrès depuis l'invention que Huguier fit, en 1843, de l'hystéromètre.

Les anciens, paraît-il, avaient déjà tenté ce moyen d'exploration, puisqu'on en attribue l'honneur à Hippocrate lui-même ; mais ce n'est

(1) Scanzoni : Traité prat. des malad. des organes sexuels de la femme. 1859.

(2) Simpson : Lectures on diseases of women. 1865.

(3) Nonat : Traité prat. des maladies de l'utérus. 1860.

(4) Aran : Leçons clin. sur les maladies de l'utérus et ses annexes. 1858-1860.

(5) Ameline : Essai sur l'antéversion de l'utérus. 1827.

(6) Hervez de Chégoin : Quelques déplacem. de la matrice et des pessaires les plus convenables pour y remédier (Acad. 1854).

(7) Lacroix : De l'antéversion et de la rétroversion. 1854.

(8) Baud : Déviations et engorgements de l'utérus. 1850.

véritablement que Samuel Lair qui, de nos jours, a eu l'idée d'explorer la cavité de l'utérus dans un but de diagnostic. Lisfranc aussi avait conseillé d'introduire une spatule dans l'utérus pour le redresser; mais on doit bien reconnaître que, dans ce fait, il n'y a eu, ni pour l'un ni pour l'autre de ces deux praticiens, le germe d'une méthode diagnostique susceptible de se généraliser.

Huguier fut le véritable inventeur de la sonde utérine, bien qu'il fût suivi de près par Simpson et Kiwisch. C'est à l'emploi de l'instrument proposé par Huguier que nous devons les connaissances que nous avons acquises sur les déviations utérines.

Si le diagnostic direct des déviations faisait ainsi un progrès énorme, grâce à l'invention d'un seul instrument, il faut reconnaître aussi que, dans ces derniers temps, grâce aux travaux des accoucheurs, la pathologie des annexes de l'utérus amena les gynécologistes à faire faire un grand pas à l'étiologie des déviations utérines. Jusqu'alors, on s'était borné à considérer les déplacements en eux-mêmes et leurs rapports avec l'engorgement ou l'inflammation de l'utérus; désormais, on s'attacha à démontrer l'influence des maladies des ligaments, du péritoine, du tissu cellulaire ambiant sur les déviations de l'utérus.

Il suffit de citer les travaux de Boyer (1), de Martin (2), de Gallard (3), de Gosselin (4), de Bernutz et Goupil (5), pour se convaincre des efforts tentés dans cette voie. L'anatomie et la physiologie étaient en même temps mieux étudiées. Alors on connut mieux les rapports spéciaux de l'utérus pendant la gestation, le développement hypertrophique des ligaments, leur dédoublement, la subinvolution de l'utérus

(1) Boyer: Du phlegmon du ligament large (thèse 1848).

(2) Martin: Des tumeurs phlegmoneuses du ligament large et du tissu cellulaire péri-utérin (thèse 1851).

(3) Gallard: Du phlegmon péri-utérin (thèse 1855).

(4) Gosselin: Du phlegmon péri-utérin (Union médicale 1855).

(5) Bernutz et Goupil: Recherches cliniques sur le phlegmon péri-utérin (Arch. gén. de méd. 1857).

après l'accouchement et le relâchement des tuteurs utérins pendant la suite des couches. Ces nouvelles données entrèrent en ligne de compte lorsqu'on voulut établir l'étiologie des déviations et surtout lorsqu'il s'agit de traitement.

Il est facile de concevoir que le traitement suivit nécessairement la fortune des théories pathogéniques. C'est pour cela que la médication spoliatrice régna en maîtresse, au temps de Lisfranc et de Bennet; tandis que la mécanique s'ingénia à donner des soutiens matériels, le jour où Velpeau fit de la déviation utérine la lésion primordiale de laquelle découlaient toutes les autres.

Nous aurons l'occasion de citer ces divers modes de traitement à la fin de ce travail.

En terminant cet historique, que nous n'avons pas pu rendre assez complet, nous ferons remarquer qu'à notre époque nous profitons des doctrines, des observations et des méthodes de traitement de nos prédécesseurs. La science moderne est éclectique ; elle prend, et c'est son droit : à l'un sa doctrine pathogénique ; à l'autre son traitement ; à tous, les moyens de diagnostic qui se perfectionnent tous les jours. Elle rapproche ces divers matériaux, les élabore à nouveau et présente à son tour un tout rajeuni et qui marque dans l'histoire de l'art un progrès de plus.

CHAPITRE II

DÉFINITION. — CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

La rétroversion consiste dans une déviation du corps de l'utérus en arrière dans la concavité du sacrum et du col en avant vers le pubis.

Il en résulte que l'organe bascule autour d'un axe transversal fictif passant par l'anneau suspenseur.

On distingue généralement trois degrés dans la rétroversion. Dans le premier degré, il y a simple *inclinaison* ; l'axe de l'utérus fait avec celui du détroit abdominal un angle de 45°.

Le deuxième degré garde le nom générique de *déviatio*n ; l'angle formé est de 90°.

Dans la version proprement dite, l'angle formé est de 135° et même plus. On peut dire que l'utérus a culbuté sens dessus dessous, le col ayant pris la situation du corps, et réciproquement.

Nous voulons dans ce travail, nous l'avons dit, nous occuper spécialement de l'étiologie et du traitement de cette affection ; mais, avant d'indiquer les causes qui selon nous amènent le plus souvent la rétroversion de l'utérus, nous croyons utile de décrire brièvement les dispositions anatomiques qui font que l'utérus garde son équilibre dans la cavité du bassin. Ces dispositions étant bien connues, il sera plus facile, croyons-nous, de déterminer les causes qui font que cet équilibre est rompu dans certains cas. — A ce point de vue, purement anatomique, nous avons à décrire les moyens de soutien de l'organe gestateur, par conséquent la disposition des divers ligaments qui maintiennent l'utérus et l'empêchent de se déplacer, soit dans le sens vertical, soit dans le sens horizontal. Nous avons à étudier

spécialement les moyens que la nature a fournis pour empêcher le mouvement de bascule en arrière, c'est-à-dire la rétroversion.

Mais, comme l'organe gestateur est soumis à des variations de volume considérable par suite de son rôle physiologique même, il convient de décrire ici non-seulement la disposition des tuteurs utérins pendant l'état de vacuité, mais encore la disposition spéciale qu'ils affectent pendant la grossesse et après l'accouchement. Ces divers points étant élucidés, nous pourrions bien mieux indiquer les causes qui provoquent la rétroversion.

De plus, ce ne sont pas seulement les ligaments qui maintiennent la situation de l'utérus qui peuvent être modifiés pendant la gestation ; l'organe gestateur lui-même subit des modifications profondes pendant la grossesse, et de ces modifications il reste toujours quelque chose après l'accouchement. Il conviendra également de décrire à ce sujet le développement spécial de l'utérus pendant la grossesse, au moins autant qu'il sera nécessaire pour montrer l'influence de ce développement dans la lésion qui nous occupe ici.

Nous décrirons donc successivement les dispositions anatomiques de l'utérus et de ses annexes :

- A. Chez les femmes nullipares ;
- B. Chez les femmes grosses ;
- C. Chez les femmes ayant déjà accouché.

A. *Chez les femmes nullipares.* — Nous pourrions reproduire ici tout ce que les auteurs classiques ont décrit dans les livres d'anatomie descriptive ; ce serait beaucoup trop long. Nous nous contenterons d'indiquer brièvement la situation de l'utérus dans le bassin et les moyens de contention mis en usage par la nature, en prenant pour type la femme adulte. Il y aurait lieu encore de décrire les modifications survenant par le fait de la menstruation ou du coït ; mais cela n'a pas grande importance ici.

L'utérus est situé dans cette partie de la cavité abdominale que certains auteurs ont voulu décrire à part, sous le nom de cavité pelvienne ou d'excavation. Son fond, d'après Sappey, se trouverait, à l'état normal, à 2 centimètres au-dessous du plan du détroit supérieur. Il forme, au milieu du petit bassin, une sorte de cloison transversale complétée latéralement par les ligaments larges qui sont des replis péritonéaux. Supérieurement, il est séparé des organes voisins par la séreuse abdominale ; mais en bas, vers le détroit inférieur, il est en rapport immédiat avec tous les organes contenus dans le petit bassin, en avant avec la vessie, en arrière avec le rectum. Son extrémité la plus inférieure fait saillie dans le vagin qui s'insère sur le pourtour, et la sépare d'une part de la vessie, de l'autre du rectum, avec lesquels il adhère lui-même.

L'organe gestateur se trouve ainsi naturellement divisé en deux parties : l'une, le col de l'utérus qui fait en grande partie saillie dans le vagin ; l'autre, le corps de la matrice qui fait saillie dans la cavité pelvienne. Cette dernière partie est beaucoup plus considérable que la première, du moins chez la femme adulte. On sait en effet que l'inverse a lieu chez l'embryon et chez la petite fille.

Nous n'avons pas à nous occuper ici des divers rapports de l'utérus avec les organes abdominaux, tels que les divers segments de la masse intestinale ; nous allons seulement chercher à indiquer quel est le point de l'organe vers lequel viennent converger tous les moyens de soutien. L'anatomie normale nous aidera dans cette recherche. Quand ce point de suspension de l'utérus sera bien démontré, il nous suffira de décrire succinctement les divers ligaments qui maintiennent la matrice dans les rapports que nous avons indiqués.

Après avoir fait remarquer la hauteur relative des divers culs-de-sac vaginaux, et conséquemment les rapports qu'ils affectent avec les culs-de-sac péritonéaux, voici comment s'exprime Gallard (1), auquel nous empruntons en grande partie cette description :

(1) T. Gallard : Leçons cliniques sur les maladies des femmes, p. 88. 1879.

« Il résulte de cette disposition qu'en avant les deux membranes réfléchies — séreuse et muqueuse — sont assez éloignées l'une de l'autre, tandis qu'en arrière elles arrivent à un contact presque immédiat. Toutefois, ce n'est pas au niveau même du point de réflexion que ce contact a lieu, et là, comme sur les côtés, l'écartement des membranes de revêtement qui se détachent de l'utérus, avant de se réfléchir, laisse une portion du tissu propre de la matrice libre de tout rapport immédiat avec les membranes.

» L'espace compris entre le point où ces membranes se détachent de l'utérus et celui où elles se rejoignent forme un triangle, dont le sommet est au point d'adossement des membranes, dont la base est représentée par la portion de tissu utérin dépourvu de membranes de revêtement.

» Il y a donc là un espace intermédiaire, une sorte de vide qui, comme tous les vides existant entre les divers organes de l'économie, est rempli par du tissu cellulaire conjonctif. »

C'est là ce qu'on appelle le tissu cellulaire péri-utérin. Après avoir démontré par la dissection la présence indiscutable de ce tissu et avoir indiqué les résultats pathologiques de cette disposition, Gallard ajoute un peu plus loin :

« Il en résulte qu'à ce niveau le col de l'utérus est embrassé par une véritable zone de tissu connectif condensé, de tissu véritablement fibreux, qui forme autour de lui un anneau plus épais à sa partie antérieure, c'est-à-dire, un anneau ayant la forme d'une bague chevalière dont le châton serait dirigé en avant.

» C'est ce qu'Aran (1) a fort judicieusement appelé l'*axe de suspension de l'utérus*, parce que tous les ligaments qui soutiennent l'organe viennent prendre leur insertion sur cette zone de tissu fibreux. »

Avec M. le professeur Courty (2), nous rejetons cette dénomination

(1) Aran : Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. 1858.

(2) Courty : Traité des maladies de l'utérus. 1881.

qui n'est pas du tout justifiable d'axe suspenseur. Nous préférons l'appeler *anneau suspenseur*. M. le professeur Courty prétend que cet anneau est constitué par deux demi-anneaux, l'un antérieur, l'autre postérieur. Nous n'avons pas qualité pour nous prononcer sur le différend.

En tout cas, cette zone constitue une partie intermédiaire de l'organe située entre le col et le corps. Cette partie en anatomie pure est connue sous le nom de portion sus-vaginale du col; elle est séparée du corps par un resserrement connu sous le nom d'isthme de l'utérus.

C'est, de toutes les parties de l'organe, la seule dont la situation puisse être considérée comme à peu près fixe et invariable. C'est autour de ce point pris comme centre que l'utérus peut se mouvoir dans tous les sens. Mais ce point reste absolument immobile et garde exactement tous ses rapports primitifs, à moins qu'il n'y ait abaissement ou élévation de l'organe.

Nous n'avons pas à discuter longuement la question de la direction de l'utérus et de son antécourbure. Sa direction est sensiblement celle de l'axe du détroit supérieur; quant à sa flexion en avant, elle est facile à démontrer chez les jeunes sujets; les grossesses répétées ont pour effet de redresser le corps de l'utérus sur le col. La direction de l'utérus est sujette à varier à cause des organes voisins (vessie et rectum) qui sont susceptibles de changer de volume. Le fait important à retenir pour le moment, c'est que l'axe de l'utérus se rapproche le plus possible de l'axe du détroit supérieur et que, non seulement par les progrès de l'âge, mais surtout à la suite des grossesses, il tend à se redresser et à se rapprocher *un peu de la verticale*.

Il nous reste maintenant à étudier les ligaments de l'utérus au point de vue de leur disposition anatomique et de leur rôle comme moyens de soutien de l'organe gestateur.

M. le professeur Courty les divise en deux ordres : les uns soutiennent en quelque sorte l'utérus par son fond et sur les côtés, les autres par son sommet ou par son col.

Nous nous occuperons d'abord de ces derniers, bien plus importants que les autres au point de vue qui nous occupe. Ils consistent dans les ligaments postérieurs ou utéro-sacrés et dans les ligaments antérieurs ou vésico-utérins.

Les ligaments postérieurs ou utéro-sacrés partent de la partie inférieure de la face postérieure de l'utérus, immédiatement au-dessus de l'insertion du vagin, et vont s'insérer sur les parties latérale et antérieure des troisième et quatrième vertèbres sacrées.

Leurs extrémités utérines se rejoignent en arcade, de sorte qu'elles embrassent le rectum à sa face antérieure.

Les ligaments antérieurs ou vésico-utérins sont constitués par deux replis du péritoine qui s'étendent de la vessie à la matrice.

Selon Sappey, ces ligaments sont rudimentaires et ils n'ont qu'une fonction secondaire.

Les ligaments utéro-sacrés, au contraire, ont une importance capitale. « Ce sont eux, dit M. le professeur Courty, qui empêchent le col de la matrice de s'abaisser, même chez la plupart des multipares, à moins qu'on n'exerce des tractions douces, mais soutenues, sur ses deux lèvres. »

L'éminent professeur de notre école ne partage pas les idées de Sappey, au sujet de la quasi-inutilité des ligaments antérieurs. Selon lui, ils auraient pour action de retenir adhérents à la vessie le col et l'isthme de l'utérus, pendant la rétroversion du corps de cet organe.

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point que les ligaments utéro-sacrés sont les vrais soutiens de l'utérus. Ils s'attachent directement à l'anneau suspenseur précédemment décrit. Malgaigne déjà faisait remarquer qu'ils constituent le principal obstacle à l'abaissement de la matrice. Lorsqu'on exerce des tractions sur cet organe ou que, sous l'influence d'une tout autre cause, la matrice tend à se renverser en arrière, les ligaments utéro-sacrés se tendent comme deux cordes qui circonscrivent de chaque côté le cul-de-sac recto-vaginal.

Richet se montre du même avis, ainsi que T. Gallard.

M. le professeur Courty fait remarquer que, grâce à ces ligaments

antérieurs et postérieurs, l'utérus ne peut s'abaisser sans relâchement de ces ligaments utéro-sacrés, qu'il nomme le demi-anneau suspenseur postérieur, et qu'il ne peut s'élever sans distension du demi-anneau antérieur ; mais il peut osciller dans toutes les directions autour de cet anneau suspenseur.

Nous verrons quel rôle jouent ces ligaments dans la rétroversion. Quant aux ligaments qui soutiennent le fond de l'utérus, ils sont au nombre de quatre, deux de chaque côté ; ce sont les ligaments larges et les ligaments ronds.

Les ligaments larges sont constitués par deux feuillets péritonéaux adossés qui vont transversalement des bords latéraux de l'utérus vers les côtés du bassin. Ils forment avec la matrice, qu'ils comprennent entre eux, une cloison verticale divisant l'excavation en deux moitiés : l'une antérieure renfermant la vessie, l'autre postérieure qui loge le rectum.

Les deux feuillets formant ces ligaments ne s'insèrent pas, à proprement parler, sur les bords de l'utérus ; mais ils s'écartent pour recevoir la matrice dans leur intervalle. Nous ferons remarquer que, dans cette situation, l'utérus se trouve presque entièrement situé en arrière des ligaments larges. Ce point anatomique devient très-important dans l'étiologie de la rétroversion.

Nous nous arrêterons peu sur la disposition en trois feuillets que présente le bord supérieur du ligament large. A notre point de vue, cette disposition n'a aucun intérêt. Dans le feuillet antérieur se trouve compris le ligament rond.

Les ligaments ronds s'insèrent en arrière sur la partie supérieure de l'utérus, un peu au-dessous de la trompe, à l'union de la face antérieure et du bord latéral. Situés à leur partie moyenne dans l'aile antérieur des ligaments larges, ils se dirigent vers l'anneau abdominal du canal inguinal et le traversent ; quelques fibres s'insèrent sur la paroi inférieure de ce canal, d'autres sur l'épine du pubis, tandis que le faisceau terminal franchit l'orifice inguinal externe pour aller se perdre dans les grandes lèvres. L'action de ce ligament est

facile à comprendre : il a pour usage de ramener la matrice en avant, lorsque la déplétion de la vessie lui permet de reprendre sa direction normale. D'après Gallard, les ligaments ronds sont les agents qui s'opposent avec le plus de force à la production de la rétroversion de la matrice. Mais leur action est loin d'être comparable à celle des ligaments utéro-sacrés qui agissent dans le même sens.

En résumé, chez la femme nullipare l'utérus est situé dans le petit bassin, de façon à ce que son grand axe soit sensiblement parallèle à l'axe du détroit supérieur. Il est légèrement incurvé, de manière que le corps fait sur le col un angle très-obtus en avant.

Il est maintenu dans cette position par des ligaments inférieurs (utéro-sacrés, vésico-utérins), qui s'insèrent sur lui au niveau de l'anneau suspenseur, et leur action est de s'opposer aux déplacements en haut et en bas. D'autres ligaments — ligaments larges et ligaments ronds — s'insèrent sur le corps même de l'organe, mais d'une façon médiate seulement. Ils ne sont, en somme, que le prolongement de la coiffe péritonéale de l'utérus, bien qu'on y trouve des fibres lisses qui semblent émaner de l'organe gestateur. Ces derniers maintiennent la situation de l'utérus d'une façon bien différente que les premiers ; leur action est de s'opposer aux déviations antérieure et postérieure ou latérales de la matrice, et, à ce point de vue, ils méritent bien l'attention que nous leur avons donnée.

Tels sont les moyens de stabilité de l'utérus ; sans être des plus parfaits, ils seraient certes bien suffisants, si la grossesse ne venait changer à un moment donné la direction, la texture même de ces tuteurs de l'utérus, en même temps qu'elle imprime à la matrice elle-même des modifications telles qu'elles rentreront pour beaucoup dans l'étude étiologique de la rétroversion. Nous allons nous occuper de ces modifications d'une manière rapide, l'étude que nous venons de faire nous permettant une description très-concise.

Nous adopterons du reste le plan du paragraphe précédent.

B. *Chez les femmes grosses.* — La grossesse imprime de

grandes modifications aux organes génitaux et à leurs annexes. Nous étudierons successivement les modifications anatomiques de l'utérus ; celles qui surviennent du côté des ligaments ensuite. Nous empruntons une grande partie de cette description à l'excellent traité des professeurs agrégés Tarnier et Chantreuil (1) qui ont étudié ces modifications avec le plus grand soin.

Le corps et le col de l'utérus se modifient pendant la grossesse ; mais, si les modifications du col sont très-importantes à étudier en obstétrique, à notre point de vue, celles du corps de la matrice sont les seules que nous ayons à étudier.

Le corps de l'utérus augmente de volume pendant la plus grande durée de la grossesse ; il augmente en même temps de capacité et de poids. Ces modifications ont une influence réelle sur la rétroversion possible de l'organe pendant la gestation. En outre, le corps de la matrice change de forme : les angles et les bords s'émoussent, s'arrondissent ; l'organe devient d'abord piriforme, puis sphéroïdal, enfin ovoïde et ovale.

L'organe s'accroît, grâce surtout au développement prédominant du fond de l'utérus et de la paroi postérieure de la matrice ; ce qui est démontré amplement par la situation du point d'insertion des trompes et des ligaments ronds, qui est bien au-dessous de la ligne passant par le fond de l'utérus d'une part, et bien avant, d'autre part, des extrémités du diamètre transversal de l'utérus. Il résulte de cette disposition que la partie la plus développée de l'utérus est en arrière et vers le fond de l'organe. Conséquemment, la situation, déjà en arrière à l'état de vacuité du fond utérin, est encore exagérée pendant la grossesse. De là, une tendance du corps de l'utérus à basculer en arrière.

Grâce à son développement, l'utérus change de situation. Au début de la grossesse, par suite de son propre poids et de la pression plus

(1) Tarnier et Chantreuil : Traité de l'art des accouchements, p. 180 et suivantes. 1882.

considérable des intestins sur son fond plus élargi, il s'abaisse dans la cavité pelvienne. Cet abaissement, d'après Tarnier, serait loin d'être constant. Du reste, il disparaît à partir du quatrième mois et fait place à une élévation plus ou moins considérable de l'organe jusque dans les derniers jours de la gestation. A cette époque, l'utérus semble s'abaisser de nouveau, mais il n'en est rien. Cette apparence n'est due qu'à l'effacement du col utérin et au développement vertical de la paroi antéro-inférieure de l'organe gestateur.

Mais, en même temps qu'il change de situation, l'utérus change aussi de direction, et cela devient extrêmement important, au point de vue que nous étudions.

Au début de la grossesse, quand l'utérus s'abaisse dans l'excavation, il est entraîné à cause du poids plus considérable de son fond et de sa paroi postérieure et à cause aussi de la direction de l'axe pelvien ; il est entraîné, disons-nous, dans une véritable rétroversion physiologique. Son fond regarde alors la concavité du sacrum plus ou moins directement, tandis que le col se trouve dirigé en sens inverse, ainsi qu'on peut le constater au toucher vaginal. En passant, il convient de rappeler que l'inclinaison à droite du corps de l'organe est un fait normal ; elle est due à la présence du rectum au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche. Cette direction, tout à fait typique de l'utérus au début de la grossesse, explique bien la fréquence de la rétroversion pathologique dans les premiers temps qui suivent la conception. Il ne faut voir alors dans cette déviation qu'une exagération du déplacement physiologique. D'autres causes, notamment certaines dispositions du bassin, rendent cet accident imminent ; nous aurons à les étudier dans le chapitre suivant.

Quand la grossesse est plus avancée et que l'utérus s'est échappé de l'enceinte pelvienne, l'organe présente une direction contraire qui n'a aucune influence sur la rétroversion ; aussi, n'insisterons-nous pas.

Reste à examiner l'état des ligaments pendant la gestation. Les modifications anatomiques de presque tous les organes de la femme pendant la grossesse peuvent se traduire par un seul mot : hypertro-

phie. Eh bien ! ce qui est vrai pour l'utérus l'est aussi pour ses ligaments. Tous, ils s'hypertrophient, les uns peu, les autres beaucoup ; mais, ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'il semblerait que cette hypertrophie soit sollicitée par le développement de la matrice ; aussi, tout en augmentant de longueur, de surface, de volume, les ligaments que nous avons décrits plus haut sont généralement assez bien tendus pour s'opposer aux sollicitations de l'utérus devenu plus pesant et plus instable que jamais. Mais, à côté de cela, il y a des changements dans la direction de ces ligaments, et il suffit de découvrir un utérus gravide d'une femme ayant récemment accouché pour être frappé de ces dispositions nouvelles.

Au terme de la grossesse, la tunique séreuse de l'utérus a le même aspect et la même épaisseur qu'avant la fécondation et, cependant, la surface de la matrice est à ce moment au moins vingt fois plus considérable que chez une nullipare. Les replis que le péritoine forme au voisinage de l'utérus, espèces de mésentères, selon l'expression de P. Dubois, tels que les ligaments larges, les ligaments vésico-utérins, etc., se dédoublent, a-t-on dit, en s'effaçant en partie ; la séreuse qui les constituait passe sur l'utérus qui se trouve en quelque sorte recouvert par un péritoine d'emprunt, qu'il a attiré vers lui en se développant. Cette explication, toute plausible qu'elle soit, comporte certaines réserves. S'il est vrai que la partie inférieure de l'utérus s'empare des ligaments larges de cette façon là, cela ne peut s'admettre pour le fond de l'organe ; à ce niveau, l'insertion de la trompe, du ligament rond et du ligament de l'ovaire, forme des points d'arrêt qui empêchent tout glissement de la séreuse adjacente. Il faut donc admettre que la séreuse qui recouvre l'utérus participe au travail d'hyperplasie générale dont la matrice est le siège pendant la grossesse.

Cette expansion du péritoine sans amincissement n'est pas un fait nouveau, car on la trouve dans toutes les hernies volumineuses. (Cazeaux.)

Donc les divers ligaments de la matrice participent au travail d'hy-

hypertrophie de l'organe gestateur. Mais ce travail d'hypertrophie se fait surtout du côté du fond de l'utérus. Aussi les ligaments qui s'insèrent sur l'anneau suspenseur, et que nous avons dit être les soutiens naturels de la matrice, sont-ils ceux sur lesquels la grossesse a le moins d'action.

Les ligaments utéro-sacrés ne s'hypertrophient que fort peu ; mais ils doivent être sensiblement tirillés par le poids même de l'organe. Il en résulte un léger allongement. Quant aux ligaments vésico-utérins, ils ne subissent aucune modification sensible.

Les ligaments larges, par contre, prennent une direction presque verticale, entraînés qu'ils sont par l'ascension de l'utérus. En même temps, l'espace qui existe entre les deux lames péritonéales dont ils sont formés est en partie envahi par la matrice développée. Indépendamment de ces changements, ils deviennent le siège d'un travail hypertrophique portant sur tous les éléments qui les composent, mais surtout sur les fibres musculaires et les vaisseaux. En résumé, ils augmentent de longueur et diminuent de largeur.

Les ligaments ronds suivent aussi la direction verticale des ligaments larges ; ils s'étendent de la région ombilicale au canal inguinal ; leurs points d'insertion semblent se rapprocher de la ligne médiane, grâce au développement plus considérable de la paroi postérieure de l'utérus. Ces ligaments s'hypertrophient énormément.

La grossesse imprime donc de grandes modifications du côté de l'utérus, du côté des ligaments ; mais on peut dire en général que ces modifications en elles-mêmes ne prédisposent pas à la rétroversion, sauf peut-être au début de la grossesse. Ce qui est intéressant à notre point de vue surtout, c'est de démontrer que tout ce travail d'hypertrophie, qui s'était fait graduellement pendant la grossesse, est détruit presque brusquement au moment de l'accouchement, après la déplétion de l'utérus. Mais cette atrophie purement mécanique ne se produit que du côté de l'utérus. Il en résulte donc que, pendant les suites des couches, les ligaments deviennent beaucoup trop longs pour un utérus devenu subitement si petit. Ils se trouvent donc relâchés et c'est

grâce à ce relâchement que les déviations et surtout la rétroversion peuvent se produire à la suite d'une cause déterminante quelconque.

Il nous reste encore à étudier la disposition des ligaments après l'accouchement.

C. *Chez les femmes accouchées.* — D'une façon générale, nous dirons que, si la grossesse a pour résultat d'hypertrophier tous les organes et surtout les organes génitaux, d'activer leur circulation et leur nutrition, l'accouchement met un terme à cette évolution progressive et les suites des couches sont caractérisées par un processus régressif qui a pour résultat de ramener les organes à leur état primitif ou du moins à un état voisin. Il en résulte que l'utérus revient graduellement sur lui-même. Cette régression se fait plus rapidement après les accouchements à terme et après ceux qui se sont faits rapidement. Cette règle, vérifiée par Serdukoff, est probablement vraie. L'allaitement ne favoriserait en rien la régression, mais ne l'entraverait pas non plus. D'après Serdukoff encore, chez les jeunes femmes multipares surtout, la régression se fait très-rapidement.

On peut dire en général que toutes les causes qui retardent la régression utérine amènent indirectement, il est vrai, une rétroversion de l'utérus.

Une autre cause qui permet encore mieux la déviation, c'est que l'utérus revient dans l'excavation, c'est-à-dire, à sa situation primitive, avant qu'il soit revenu à ses dimensions normales. D'après Wieland, cette facilité qu'aurait l'utérus de reprendre sa situation dans l'excavation serait due à la laxité de ses ligaments.

Ceux-ci, en effet, participent bien au travail d'atrophie générale qui se produit après l'accouchement. Les ligaments larges reprennent peu à peu leur forme et leur direction normales ; mais leur mouvement d'atrophie n'est pas parallèle au mouvement d'atrophie de l'utérus lui-même.

Cette condition se réalise immédiatement après l'accouchement ; l'utérus revient brusquement sur lui-même, tandis que les ligaments

gardent leur étendue. Il en résulte ceci : un organe maintenu par des ligaments trop grands. Aussi les déviations et la rétroversion en particulier s'observent-elles quelquefois au moment de la délivrance. Cet accident serait surtout fréquemment observé depuis l'engouement des accoucheurs pour la méthode dite de Crédé. Cette disproportion entre l'organe gestateur et ses tuteurs dure pendant un temps assez long qui varie entre deux à trois mois, c'est-à-dire pendant tout le temps des couches. Même après cette époque, les ligaments restent un peu lâches, l'utérus un peu gros, surtout au niveau de son fond en arrière; autant de prédispositions à la rétroversion qui subsistent pendant un temps assez long.

Nous avons prolongé cette étude anatomique et physiologique de l'utérus et de ses annexes à dessein. Nous avons même le regret de dire qu'elle est encore incomplète. Telle qu'elle est, elle nous servira de base à l'étiologie de la rétroversion. Si de nombreuses causes, en effet (nous allons le voir dans le chapitre suivant), amènent la rétroversion de l'utérus, elles ne peuvent agir qu'autant que les prédispositions existent déjà. Elles doivent trouver pour manifester leur action un terrain préparé.

Nous venons de voir l'état dans lequel la grossesse laissait l'utérus et ses ligaments; nous avons vu également comment les modifications de la grossesse pourraient amener des désordres ; nous avons déjà fait plusieurs allusions à la rétroversion, à propos de telle ou telle modification. On le comprendra sans peine, cette étude nous était bien nécessaire pour établir l'étiologie de la rétroversion. Le chapitre qu'on vient de lire comprend, en somme, les causes prédisposantes de la rétroversion utérine. Dans le paragraphe suivant nous classerons ces causes prédisposantes et nous étudierons ensuite les nombreuses causes déterminantes de l'affection qui nous occupe.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

La rétroversion peut se produire avant toute grossesse. Dans ce cas, on peut la considérer comme congénitale et résultant d'une malformation de l'organisme féminin. Ajoutons que ces cas sont exceptionnellement rares.

Nous étudierons donc ici les causes qui amènent la rétroversion, soit pendant la grossesse, soit après un ou plusieurs accouchements. Ce dernier cas est de beaucoup le plus fréquent. Aussi, traiterons-nous de la rétroversion pendant la grossesse rapidement, et étudierons — nous ses causes tout à fait spéciales à la fin de ce chapitre.

Nous diviserons les causes de la rétroversion en *causes prédisposantes* et en *causes déterminantes ou occasionnelles*.

Les premières seront toutes les modifications qui surviennent du côté de l'utérus ou de ses annexes, pouvant permettre à la matrice de se déplacer.

Les secondes, au contraire, sont beaucoup plus spéciales à la lésion que nous étudions. Elles comprennent tous les accidents qui déterminent par un mécanisme connu la déviation de l'utérus en arrière.

Nous allons étudier successivement ces divers points de l'étiologie.

Nous aurions pu intituler le chapitre précédent : *Des causes prédisposantes de la rétroversion*. En effet, si les causes de cette affection sont multiples, comme nous allons le voir bientôt, elles n'agissent qu'autant que l'utérus et ses ligaments ont déjà subi les modifications importantes que leur impriment la grossesse et l'accouchement. On

conçoit très-bien qu'un organe tel que l'utérus ne se déplacera sous l'influence d'une chute, par exemple, qu'autant que ses soutiens naturels, ses tuteurs, lui feront défaut.

Or, nous l'avons dit, après l'accouchement, l'utérus, diminué brusquement de volume, n'est plus soutenu par ses ligaments, devenus trop grands, trop vastes et, par conséquent, très-relâchés. Dans cette situation, la plus faible cause peut le faire dévier de sa position normale. Le relâchement des ligaments par le fait de la grossesse et de l'accouchement est donc une cause prédisposante de la rétroversion. L'étude anatomo-physiologique que nous venons de faire nous dispense d'une plus ample démonstration.

Dans la rétroversion, c'est grâce au relâchement des ligaments utéro-sacrés et des ligaments larges que la lésion se produit. Les ligaments larges relâchés permettent à l'utérus de se déplacer dans tous les sens possibles ; de là, proviennent généralement les flexions de l'organe.

Dans la version, il faut, de plus, que le col se déplace en sens contraire. Pour cela, il est nécessaire que les ligaments inférieurs, ceux qui s'insèrent sur l'anneau suspenseur, soient eux-mêmes devenus très-lâches. Pour que la rétroversion devienne possible, il faut donc que les ligaments utéro-sacrés soient également très-relâchés. C'est ce qui arrive à la suite de la grossesse et de l'accouchement.

Pour que la rétroversion puisse se produire, il faut non-seulement que les tuteurs utérins soient devenus inefficaces, mais encore que l'organe soit sollicité par une disposition spéciale de l'organisme à se déplacer. De là, d'autres causes prédisposantes qui interviennent et qui expliquent comment se fait la lésion, même lorsque les ligaments sont d'une intégrité parfaite. Parmi ces autres causes prédisposantes, nous citerons le mode de développement même de l'utérus pendant la grossesse.

Nous l'avons déjà dit précédemment : le fond de l'organe et sa paroi postérieure s'hypertrophient en premier lieu ; il en résulte que le poids de cette paroi est augmenté et que l'utérus a une tendance

très-marquée à se déplacer en arrière, et cela aussi bien au début de la grossesse qu'après l'accouchement.

Mais, pour que cette cause garde toute son influence et d'une manière définitive, d'autres circonstances doivent intervenir.

Il faut que le bassin lui-même permette non-seulement la déviation, ce qui est possible même avec un bassin normal ; mais il faut aussi que le bassin par sa conformation ne permette pas à l'utérus de revenir à une situation plus normale.

Or, trois variétés de bassins peuvent maintenir l'utérus en rétroversion. Ce sont les bassins uniformément trop grand, ou trop petit, ou le bassin rétréci par suite de rachitisme.

Le bassin congénitalement trop grand permet à l'utérus de se développer au début de la grossesse jusqu'à un point tellement considérable qu'il ne peut ensuite, à cause de son volume et de son poids, remonter au-dessus du détroit supérieur. Cette difficulté est encore plus grande, si l'utérus est en rétroversion. Le résultat final de cette situation anormale est l'avortement dans les premiers mois de la grossesse.

Le bassin uniformément rétréci ne permet pas à l'utérus d'acquérir son développement normal dans l'excavation ; l'organe éprouve des difficultés insurmontables dans son ascension dans l'abdomen et, comme la concavité du sacrum permet seule son développement jusqu'à la limite extrême, l'utérus se dévie en arrière. Ce cas est beaucoup moins fréquent que le précédent.

Mais c'est surtout dans le cas de bassin rétréci par le rachitisme, c'est-à-dire, selon le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, dans les cas où le promontoire fait une forte saillie en avant et recouvre en quelque sorte l'excavation, que la rétroversion a des chances de se produire. Dans ces cas, l'utérus se développe comme à l'ordinaire ; mais il ne tarde pas à acquérir un développement tel qu'il ne peut franchir le détroit supérieur, rétréci pathologiquement. Il en résulte, comme dans le cas précédent, que le fond de l'organe se dirige vers la concavité du sacrum, s'y développe pendant quelque temps et,

si la rétroversion ne peut être réduite à temps, ce qui arrive le plus souvent, l'avortement survient.

Dans tous ces cas, où la grossesse est entravée par la rétroversion, la déviation en arrière de l'utérus peut persister après l'expulsion de l'œuf.

Donc, autant de causes prédisposantes qui, dans des cas déterminés, permettent à la rétroversion de se produire et même de devenir définitive. Nous citerons encore comme causes prédisposantes les tumeurs osseuses ou autres du bassin qui agissent absolument comme le rétrécissement, en apportant un obstacle à l'évolution et à l'élévation de l'utérus.

En résumé, peuvent être considérés comme causes prédisposantes de la rétroversion : en premier lieu, le relâchement des ligaments larges et utéro-sacrés par le fait de la grossesse ; ensuite, le développement tout à fait spécial de la matrice pendant la gestation ; enfin, les anomalies de la ceinture pelvienne.

Ce ne sont certes pas les seules que nous ayons trouvée énumérées dans les auteurs ; nous croyons cependant pouvoir éliminer comme causes prédisposantes la multitude de celles qui ont été encore citées, parce que nous les considérons comme de véritables causes déterminantes de la rétroversion. Ainsi, l'on a dit que le cancer, ou plutôt le squirrhe de la paroi utérine (1), était une cause prédisposante ; on a dit encore qu'un engorgement de la paroi postérieure, qu'un corps fibreux, etc., pouvaient au bout d'un certain temps produire la lésion. Pour nous, nous croyons que la lésion n'est possible que lorsque l'utérus pourra déjà se mouvoir librement, lorsque ses ligaments seront suffisamment relâchés, ou bien lorsque le bassin lui-même obligera l'utérus à se développer pathologiquement dans l'excavation, c'est-à-dire, lorsque le bassin sera rétréci ou oblitéré par une tumeur.

Toutes ces autres causes, nous les rangeons donc dans la classe

(1) Blundell : Diseases of women.

des causes déterminantes. Nous allons nous occuper de celles-ci, qui sont, nous l'avons dit déjà, excessivement nombreuses.

On peut dire, quel qu'en soit le nombre, qu'elles agissent toutes de la même manière en augmentant progressivement ou subitement le poids du fond de l'organe ou de sa paroi postérieure. Nous avons admis plus haut que la rétroversion pendant la gestation était assez rare et que nous placerions son étude à la fin du chapitre. Ne nous occupons donc ici que de la rétroversion chez les femmes ayant déjà accouché. Il nous a semblé qu'il serait bon, dans l'intérêt de la clarté de notre exposition, d'adopter la marche suivante dans la description des causes déterminantes.

Nous décrirons successivement celles qui surviennent à partir de l'accouchement ; en dernier lieu, nous dirons quelles sont celles qui proviennent d'une affection de l'organe gestateur ou de ses annexes.

Dès que l'accouchement est terminé, la rétroversion peut se produire avant même que la délivrance se soit faite, et à cause même de cette délivrance. On a discuté longtemps et on discute encore aujourd'hui la valeur comparative de l'extraction du placenta et de l'expression placentaire. (Cette dernière désignation nous semble plus convenable que celle d'expression utérine.) Nous ne voulons pas nous montrer d'une partialité excessive ; mais nous croyons que la méthode de Crédé détermine assez souvent une rétroversion qui, la plupart du temps, il est vrai, n'est que passagère et peut aussi devenir définitive.

Cette opinion est au moins aussi vraie que celle de Crédé qui prétendait que l'extraction amenait fatalement l'inversion utérine. Or, ce dernier accident ne surviendrait qu'à la suite de manœuvres peu habiles. La méthode de Crédé, par contre, surtout quand on la suit à la lettre, c'est-à-dire, lorsqu'on provoque l'expulsion brusque du placenta, risque d'amener une rétroversion de l'utérus ; si l'une des causes prédisposantes que nous avons citées, par exemple, l'avancement du promontoire, existe, la rétroversion peut rester définitive, même après le travail d'involution de la matrice. C'est à peu près la seule cause qui détermine cette lésion au moment même de l'accouchement.

Encore se produit-elle rarement et ne suffit-elle pas à faire rejeter comme dangereuse la méthode de Crédé qui rend de bons services à l'occasion.

Après l'accouchement, dans les premiers jours des couches, la rétroversion se produit très-souvent, et d'une façon tout à fait accidentelle. C'est qu'en ce moment les causes prédisposantes ont toute leur influence et les causes déterminantes sont en grand nombre. Chacun sait combien il est difficile d'obtenir des femmes en couches qu'elles séjournent au lit pendant un temps suffisant après la parturition. Non-seulement elles se lèvent, mais il en est qui se livrent à de véritables imprudences et le nombre de celles qui ont payé bien cher leur indocilité ne saurait trop nous engager à leur faire des recommandations pressantes (Obs. I et III).

C'est à ce moment surtout que la simple marche et, à *fortiori*, les sauts, la danse, la course, deviennent des causes occasionnelles puissantes. Tous ces actes peuvent amener un mouvement de bascule de l'utérus.

Mais, nous devons le dire, ils n'amènent pas, nécessairement, une rétroversion ; toutes les autres déviations peuvent se produire.

Il en est de même de tous les traumatismes, soit qu'ils agissent directement sur l'abdomen, comme le choc sur le ventre ; soit qu'ils agissent à distance sur l'utérus, par un mécanisme facile à comprendre.

Dans ces derniers cas, rentrent les efforts violents faits pour soulever ou pousser un fardeau. Chez les femmes nouvellement accouchées, c'est généralement en voulant faire leur lit ou bien en portant des seaux d'eau que l'accident se produit. Parfois la défécation seule amène la rétroversion (Obs. III). Dans ces cas, la lésion survient par suite même du mécanisme ordinaire de l'effort. Le thorax étant développé par une inspiration profonde, la glotte étant fermée et le diaphragme fortement abaissé, la masse intestinale se trouve fortement appliquée sur l'utérus, qui peut ainsi être sollicité à basculer en arrière.

Dans cette classe de causes occasionnelles, rentrent encore les chutes à la renverse, même le simple faux pas, et, d'un autre côté, les courses prolongées dans une voiture mal suspendue ou roulant sur un chemin accidenté. Ces divers accidents peuvent déterminer la rétroversion au début de la grossesse, aussi bien qu'après l'accouchement; nous n'aurons donc pas à y revenir dans le paragraphe que nous consacrons à l'étiologie de l'utérus gravide retroversé. La contraction brusque et énergique des muscles abdominaux pour éviter un coup, une chute, agit de la même façon que l'effort proprement dit; il en est de même du corset et des vêtements trop serrés, dont l'usage désordonné n'est que trop répandu.

A propos du corset, nous croyons que son influence est des plus efficaces. Les femmes qui viennent d'accoucher et qui, forcément, ou d'après les conseils qui leur ont été donnés, ont été obligées de se priver pendant quelques mois de cet appareil, s'empressent généralement de le remettre dès leurs relevailles. A ce moment là, surtout, le corset peut amener des accidents, s'il est lacé trop fortement. Il comprime la base du thorax et le haut de l'abdomen; il en résulte un refoulement des viscères du côté du détroit pelvien et on conçoit bien quelle peut être la conséquence de cette disposition sur l'utérus. De plus, les femmes, dont la grande préoccupation est de ne point garder un ventre volumineux, n'atteignent pas le but désiré, tout au contraire. Ainsi donc, même au point de vue de l'esthétique, le corset n'a pas sa raison d'être dans les premiers temps des couches et nous le proscrivons volontiers pendant les cinq ou six mois qui suivent l'accouchement.

Dans le même sens aussi, c'est-à-dire, par suite d'un mécanisme analogue à celui que produit l'effort, agiraient les impressions morales vives, la frayeur, la colère, par exemple. Il y a, alors, une inspiration exagérée et, par suite, une contraction du diaphragme qui vient peser sur la masse intestinale.

Que dirons-nous du coït comme cause déterminante de la rétroversion? Nous le trouvons cité par un grand nombre d'auteurs. Nous

ferons nos réserves à ce sujet. Si le coït est pratiqué normalement, nous ne voyons pas trop comment il pourrait produire la rétroversion. Cependant, sa pratique répétée abusivement pourrait à la longue, surtout peu de temps après l'accouchement, déterminer une déviation du col et, par conséquent, une déviation en sens opposé du corps de l'organe (Obs. III).

Enfin, d'autres causes peuvent encore agir mécaniquement. Ainsi le docteur Dehous (1) cite un cas de rétroversion survenu chez une femme au moment où elle se baissait pour laver du linge, un autre chez une femme qui s'était fatiguée à arracher de l'herbe, un dernier à la suite du refoulement brusque du col dans un cas de prolapsus.

Dans les deux premiers cas, la masse intestinale, comprimée par la diminution du diamètre vertical de l'abdomen, cherche à s'échapper du côté du détroit et refoule l'utérus; dans le dernier, le refoulement du col avait été trop rapide, ce qui sans doute ne permit pas à l'opérateur de bien le guider vers la concavité du sacrum.

Ici se termine l'énumération des causes déterminantes, que l'on pourrait appeler accidentelles. Il en est toute une catégorie d'ordre purement pathologique. Parmi celles-ci, nous aurons à décrire des affections tellement passagères que l'on pourrait à la rigueur contester leur caractère pathologique. D'autres affections, plus sérieuses cependant, influent sur la situation de l'utérus.

Au nombre des causes déterminantes, plutôt physiologiques que pathologiques, nous ajouterons la rétention d'urine. La distension extrême de la vessie pendant plusieurs heures fait que cet organe tend par son volume à repousser l'utérus en arrière. De plus, quand la rétroversion est complète, le col de l'utérus vient comprimer le sphincter vésical, et il en résulte une difficulté encore plus grande d'uriner et la cause primordiale de la rétroversion acquiert plus d'importance encore, grâce à l'effet fâcheux qu'elle a produit. Les efforts instinctifs que fait la femme pour uriner complètent la rétroversion par le mécanisme de l'effort.

(1) De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. Lille. 1870.

C'est alors, mais alors seulement, croyons-nous, que la constipation exerce un fâcheux effet. Par elle-même, avant toute déviation, on serait bien en peine de déterminer le mécanisme de son action ; mais, quand il y a déjà une demi-rétroversion, les matières contenues dans le rectum peuvent s'accumuler au-dessus du fond de l'utérus, qui comprime l'intestin, et il en résulte qu'elles agissent là par leur poids, par leur résistance, et qu'elles complètent la déviation. Les efforts de défécation viennent s'ajouter à cet effet nuisible.

Nous en arrivons aux causes déterminantes purement pathologiques, c'est-à-dire amenant la rétroversion par suite du progrès d'une maladie de l'utérus ou de ses annexes.

Une cause fréquente de la rétroversion est, sans aucun doute, la pelvi-péritonite. Cette dernière est moins une affection définie qu'un syndrome clinique. Après l'accouchement, dans les deux ou trois jours qui suivent l'expulsion du fœtus, la pelvi-péritonite peut se développer à la suite de circonstances qu'il nous paraît inutile de développer ici. La maladie suit son cours ; elle consiste essentiellement dans une inflammation aiguë du péritoine qui environne l'utérus, des feuillets de cette séreuse qui forment justement les ligaments de l'organe gestateur. Il en résulte très-souvent des exsudats fibrineux qui ne tardent pas à s'organiser. De là, des brides, des adhérences, telles qu'on les rencontre au niveau des plèvres ou du péricarde, à la suite des inflammations de ces séreuses.

L'utérus peut se trouver alors relié aux parois postérieures du bassin par des sortes de ligaments de nouvelle formation. Or, dans ces cas, le plus souvent, la rétroversion se produit, et cela, par suite des circonstances suivantes : d'abord, pendant tout le temps de la maladie, la femme reste le plus souvent dans le décubitus dorsal, ce qui tend à amener la déviation en arrière, par suite du poids de l'organe ; de plus, la pelvi-péritonite est généralement accompagnée d'un tympanisme très-accentué. Les gaz distendent l'intestin et agissent par leur tension sur l'utérus dans le sens voulu pour amener la rétroversion ; enfin, les pseudo-ligaments qui se forment subissent des

modifications histologiques telles que, à un moment donné, ils se rétractent fortement, absolument comme le tissu inodulaire, et il en résulte que la déviation, commencée par suite des circonstances précédentes, se complète, quelque temps après la maladie primitive, par suite de l'évolution des tissus de nouvelle formation.

Il nous faut bien avouer que les pseudo-ligaments n'agissent pas toujours aussi fortement, et que chez beaucoup de femmes qui ont été atteintes de pelvi-péritonite la rétroversion ne se produit jamais. L'influence des brides et des adhérences se manifeste d'une autre manière quand elles existent. Elles amènent presque fatalement un avortement à la grossesse suivante, et cet avortement pourrait être souvent précédé ou suivi d'une rétroversion de l'utérus. La pelvi-péritonite à ce point de vue devient donc une cause déterminante puissante de la rétroversion; seulement, elle agit lentement comme toutes les autres causes pathologiques dont nous allons parler maintenant.

Parmi les maladies communes qui atteignent l'utérus et provoquent ultérieurement la rétroversion, nous citerons en première ligne la métrite, la métrite chronique surtout. Cette dernière maladie est constituée par une inflammation chronique de l'utérus (Obs. I).

Elle est caractérisée au point de vue anatomique, le seul qui soit important ici, par une augmentation de volume de l'utérus, surtout dans le sens vertical et antéro-postérieur. Cela est vrai également pour la métrite aiguë; mais ce qu'il y a de particulier dans la métrite chronique, c'est que l'infiltration des tissus n'est pas le seul caractère de l'affection. Il survient plus tard une période d'épaississement ou d'induration, selon Scanzoni (1), dans laquelle on observe une anémie générale ou partielle de l'organe qui succède à l'hypérémie primitive.

Le tissu utérin devient ferme, et les vaisseaux qui rampent dans son épaisseur, surtout les veines, sont fortement dilatés; il en résulte une augmentation de poids considérable pour l'organe. Géné-

(1) Traité de l'art des accouchements.

ralement c'est le fond de l'utérus et la paroi postérieure qui se développent surtout. D'ailleurs, la situation normale de l'utérus en arrière des ligaments larges détermine généralement une rupture dans l'équilibre de l'organe, qui est entraîné en arrière par son propre poids. C'est là ce qui se produit dans la métrite parenchymateuse de nature hypertrophique seulement. Dans ce cas, la métrite envahit tout l'organe.

Dans d'autres cas, la métrite produit une prolifération spéciale, localisée, donnant naissance à des tumeurs globuleuses, uniques ou multiples. Ce sont les myômes dus à une prolifération du tissu musculaire lisse, les fibromes ou tumeurs fibro-plastiques provenant du tissu conjonctif normal et du tissu embryonnaire. Ces deux espèces de tumeurs homéomorphes peuvent produire la rétroversion comme la métrite parenchymateuse simple, quand elles siègent dans la paroi postérieure. Elles agissent alors par leur poids considérable, ou bien elles se développent sur la paroi antérieure, et, grâce à leur volume qui augmente sans cesse, elles arrivent à repousser fortement l'utérus en arrière.

L'histoire de la métrite nous ayant amené à parler de certains genres de tumeurs d'origine purement inflammatoire, nous croyons être logique en citant ici les autres tumeurs qui siègent sur l'utérus et qui agissent, quelle que soit leur nature, de la manière que nous venons de décrire.

Nous citerons rapidement les squirrhes qui, selon Pearson (1) et Blundell, ont produit la rétroversion ; enfin toutes les tumeurs qui agissent par leur poids ou leur volume.

A propos des tumeurs, nous devons faire une mention spéciale des tumeurs souvent très-volumineuses qui sont les reliquats d'une grossesse extra-utérine. Cette grossesse anormale se termine généralement d'une façon brusque par la rupture des membranes qui entourent l'œuf, dans la cavité péritonéale. Il en résulte une péritonite qui le plus souvent devient rapidement mortelle. Cependant il peut arriver,

(1) Pearson : On cancer, cité par Churchill.

et notre deuxième observation nous le prouve, que la péritonite marche vers la guérison et que le fœtus s'enkystant séjourne longtemps dans la cavité abdominale. Mais, dans ce cas, le lithopœdion renfermé dans son kyste pressera peut-être le fond de l'utérus dans le sens le plus propre à amener la rétroversion déjà sollicitée par des brides péritonéales formées ou par la simple congestion de la matrice. (Obs. II.)

Les cas de rétroversion par suite de tumeurs sont en somme assez rares et ne doivent pas nous faire oublier certains états pathologiques de la matrice qui pendant longtemps ont été confondus avec la métrite. Il faut bien le dire, cette confusion ne fait aucun tort à la clarté des études étiologiques, attendu que l'engorgement simple agira de la même façon que l'engorgement à la suite de l'inflammation ; mais il faut se rappeler que les études étiologiques ne sont utiles et, partant, réellement scientifiques, qu'autant qu'elles peuvent servir à atteindre le but même de l'art, c'est-à-dire, à guérir. Aussi ne devient-il pas indifférent de savoir quelle est la cause qui préside à l'affection. Quand elle sera bien connue, alors seulement le traitement pourra devenir rationnel.

Eh bien ! ici dans le sujet qui nous occupe, cette recherche de la cause de la rétroversion prend une importance capitale au point de vue du traitement de la déviation utérine. Il s'agit donc de bien faire le diagnostic différentiel des diverses affections qui conduisent à la rétroversion et que l'on a si souvent confondues avec l'inflammation de l'utérus. Cette tâche nous sera facile. M. le professeur Courty, dans son ouvrage si justement estimé, a tracé de main de maître le diagnostic différentiel de la métrite avec les autres maladies de l'utérus que l'on pourrait confondre avec elles. Elles sont nombreuses et toutes peuvent concourir à amener la rétroversion, car elles provoquent toutes une augmentation dans le volume et dans le poids de la matrice.

Il y a d'abord la fluxion qui rarement produira la rétroversion. Ce n'est là qu'une cause qui agit passagèrement. La fluxion est pathologique ; c'est alors une simple hyperémie de l'organe, ou bien

elle est physiologique comme au moment de la menstruation. Churchill a vu la rétroversion se produire le premier jour des règles, quand le poids de l'organe était augmenté par l'afflux du sang.

La congestion diffère de la simple fluxion en ce qu'elle ne reste pas temporaire. Dans ce cas il y a stase du sang avec distension lente et continue des vaisseaux; c'est une hyperémie persistante, mais sans exsudation au dehors des vaisseaux. Dans l'engorgement, l'exsudation se produit; il y a interposition entre les éléments anatomiques de matière amorphe qui ne s'organise jamais à l'encontre de ce qui se passe dans la métrite.

Nous ne ferons que citer l'œdème, l'hypertrophie du parenchyme, l'arrêt d'involution de l'utérus, autant de causes qui favorisent à la longue la rétroversion. Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur les maladies propres de la matrice qui peuvent se compliquer de déviation. Nous avons vu plus haut dans notre chapitre historique quel rôle prépondérant leur faisaient jouer Lisfranc et Bennet. Le premier ne voyait que l'engorgement; pour le second, l'inflammation était la cause capitale.

Il nous reste à juger la valeur étiologique d'une maladie dont le siège est en dehors de l'utérus. Nous voulons parler de l'affection désignée tour à tour sous le nom de phlegmasie péri-utérine, phlegmon péri-utérin, phlegmon sous-péritonéal, des ligaments larges, etc. Cette affection consiste, en somme, dans l'inflammation suivie assez souvent de suppuration du tissu cellulaire péri-utérin. Généralement la déviation de l'utérus ne se fait pas en arrière. Il se porte au contraire en haut et en avant. Nous croyons que cette inflammation n'amènera que rarement la rétroversion, car le développement de l'abcès se fait généralement en avant de l'utérus au niveau de la portion la plus élargie de l'anneau suspenseur. Dans un cas cité par M. le professeur Courty (1), on trouve à l'autopsie des adhérences péritonéales, alors qu'on avait cru avoir affaire à un phlegmon péri-utérin. Il faut se rappeler, d'ail-

(1) Courty : Traité des mal. de l'utérus, 3^e édition, p. 874.

leurs, que cette affection est en quelque sorte un reliquat de la pelvi-péritonite dont l'influence est bien plus considérable.

Nous terminons ici l'étude des causes nombreuses, on le voit, qui permettent ou amènent la rétroversion.

Les causes prédisposantes sont pour nous purement anatomiques.

Les causes déterminantes comprennent deux grandes classes : les causes accidentelles ou occasionnelles et les causes pathologiques.

Il nous reste à étudier d'une façon concise la rétroversion pendant la grossesse. A cause de son étiologie et à cause de son traitement qui présentent bien des particularités, nous lui devons un paragraphe à part, mais qui sera très-court, parce que les causes précédemment exposées s'appliquent également à elle.

Causes de la rétroversion de l'utérus gravide. — Toutes les causes précédemment indiquées peuvent être invoquées pour expliquer la rétroversion de l'utérus gravide ; cependant quelques-unes d'entre elles ont une importance majeure ; enfin leur mode d'action peut être différent.

Les anciens n'avaient pas méconnu cet accident ; mais, ainsi que nous l'avons fait remarquer dans notre historique, c'est Grégoire qui, en 1747, attira sur cet accident l'attention des médecins. Il fut, depuis, décrit par Richter, en Allemagne (1), et Walter-Wall, en Angleterre (2).

D'ailleurs, il est bon de remarquer que l'étude de la rétroversion a été primitivement faite chez les femmes enceintes. Ce n'est que longtemps après que l'on a trouvé que ce déplacement n'était pas nécessairement lié à l'état de grossesse et qu'il pouvait se produire à n'importe quelle époque de la vie.

Ici, la cause prédisposante, tout à fait spéciale, est l'augmentation dans le poids, du fond de l'utérus et de sa paroi postérieure. Cette

(1) Richter : Chirurg. Bibliothek, t. V, p. 52.

(2) W. Wall : Diss. de uteri gravidi retroversione. Halle, 1782.

condition se réalise toujours et dès le début, pendant la grossesse. A cela, ajoutons que l'utérus est plus redressé que de coutume, puisque son anté-courbure disparaît complètement pendant la grossesse et que, de plus, sa direction et sa situation sont complètement changées. En effet, pendant les premiers mois de la grossesse, l'utérus descend légèrement dans l'excavation et il en résulte une direction de son corps en arrière. Le fond de l'utérus, dans ces cas, regarde plus ou moins la concavité du sacrum.

Dans ces conditions, toutes les causes accidentelles que nous avons énumérées ci-dessus peuvent rompre l'équilibre si instable de l'utérus et, à ce moment surtout, la rétroversion se produira à l'exclusion des autres déplacements (Obs. V).

Les causes plus particulières de la rétroversion, chez une femme enceinte, proviendront du fait même de la grossesse.

D'abord, le fond de l'utérus plus développé présente une base de sustentation plus large à la masse intestinale; le poids supporté varie comme la surface. De plus, les efforts, en général, pourront agir; mais quelques efforts tout à fait particuliers, ceux de miction ou de défécation, qui généralement sont constants chez les femmes grosses, agiront bien plus efficacement encore; l'accumulation de l'urine dans le réservoir vésical agira, ici, bien mieux que pendant l'état de vacuité, à cause du volume de la matrice.

Enfin, il est une cause qui a été signalée par un grand nombre d'accoucheurs : ce sont les vomissements, les vomissements opiniâtres du début de la grossesse bien entendu. Les efforts que fait la femme dans ces circonstances sont quelquefois si considérables que la rétroversion se produit tout d'un coup dans certains cas.

Ainsi, le volume considérablement augmenté de l'utérus est ici la cause prédisposante la plus considérable et, parmi les causes accidentelles les plus fréquentes, nous citerons surtout l'effort qui se manifeste dans trois circonstances : la miction, la défécation et le vomissement. Les causes générales que nous avons énumérées plus haut se retrouveront ici ; mais les processus pathologiques qui ne permettrons pas

la grossesse sont évidemment éliminés du cadre étiologique de la rétroversion pendant la grossesse. Cependant, on a vu souvent la métrite permettre la grossesse et cette circonstance doit mériter notre attention.

Nous terminons ici l'étude des causes de la rétroversion. Nous avons cherché à mettre un peu d'ordre, en établissant des classes assez distinctes et en présentant les faits selon leur importance. Nous croyons avoir atteint notre but.

La seconde partie de notre travail, qui comprend le traitement de la rétroversion, sera faite sur le même plan que le chapitre consacré à son étiologie.

Mais, bien que nous ne nous soyons engagé qu'à traiter ces deux points, si importants dans la pratique, des causes et du traitement de cette affection, nous croirions présenter à l'appréciation de nos Juges un travail incomplet, si nous ne nous arrêtons un instant sur la symptomatologie et le diagnostic de la rétroversion. Nous traiterons plus particulièrement du diagnostic différentiel ; car les symptômes les plus habituels, nous les retrouverons décrits assez longuement dans les observations qui ont servi de base à notre travail.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA RÉTROVERSION

Comme le fait remarquer M. le professeur Courty, les conditions morbides de l'utérus se reconnaissent, en pratique, par deux classes de symptômes physiques : les symptômes fonctionnels ou généraux et les symptômes physiques ou particuliers, dont la valeur n'est pas égale au point de vue du diagnostic.

Les premiers nous permettent de reconnaître qu'il y a maladie de l'utérus ; c'est tout. Mais, avant de décider de la nature d'une affection utérine, et par suite de la ligne de traitement à suivre, nous croyons nécessaire la même précaution que lorsqu'il s'agit du diagnostic de la grossesse, par exemple. Il convient de faire un examen local. C'est ainsi que nous espérons établir, avec quelque certitude, la nature spécifique de l'affection utérine.

C'est de cette manière seulement que nous arriverons au diagnostic différentiel, en nous aidant de l'examen physique de l'organe lui-même. L'étude des symptômes rationnels ou fonctionnels peut montrer que l'organe est affecté, sans nous montrer comment il est affecté. Pour obtenir ce dernier renseignement, des plus importants, nous devons avoir recours à l'étude des signes physiques de l'affection. En d'autres termes, nous devons essayer de nous assurer de la condition réelle, physique ou anatomique de l'utérus, par l'examen tactile et visuel de l'organe malade. Par suite, nous devons attacher beaucoup moins d'importance aux symptômes fonctionnels de la rétroversion qu'aux signes physiques.

Symptômes fonctionnels. — Nous ne ferons que les énumérer ici. Ils sont décrits, d'ailleurs, assez longuement dans nos observations. Ils sont généraux ou locaux. Les premiers consistent dans des phénomènes sympathiques, des troubles dyspeptiques et hystériformes accompagnés souvent de douleurs névralgiques dans les mamelles, dans la région lombaire et plus fréquemment dans les parois de l'abdomen ou de la poitrine. Quelquefois cette douleur est spécialement limitée sous la mamelle gauche. Signalons la constipation, la défécation douloureuse, indiquées souvent comme causes. Nous avons dit plus haut notre opinion à ce sujet. La dysurie et la rétention d'urine sont fréquentes ; quelquefois, il y a incontinence, au contraire. Dans ce cas, la femme urine par regorgement.

Mais les symptômes les plus significatifs sont les sensations de pesanteur, de tension, dans les régions de l'utérus et du rectum, avec tiraillement dans les lombes et dans les ligaments utérins. La sensation de tiraillement au niveau de l'ombilic est un symptôme pathognomonique de la rétroversion. Il en résulte que souvent la femme ne peut ni marcher ni même supporter la voiture, sans qu'une fatigue prononcée ne se produise rapidement.

La fonction menstruelle présente souvent une altération marquée ; mais on rencontre indifféremment l'aménorrhée ou la dysménorrhée et assez souvent aussi la métrorrhagie.

Les sécrétions utérines sont normales ou pathologiques ; dans ce dernier cas, il y a souvent une métrite concomitante. Simpson (1) fait remarquer que souvent les liquides ne s'échappent que de temps en temps, comme s'il y avait accumulation dans la cavité de l'organe déplacé.

Enfin, la stérilité est un fait généralement connu et, lorsque la rétroversion se produit pendant la grossesse, l'avortement est la règle.

Signes physiques. — Ceux-ci sont de beaucoup les plus importants. Les moyens ordinaires de diagnostic des maladies utérines se compo-

(1) Simpson : Clinique obstétricale et gynécologique.

sent de l'observation des phénomènes par les sens de la vue et du toucher.

Mais, quand il s'agit de rétroversion, on peut dire que ce dernier sens seulement nous servira efficacement. Aussi l'emploi du spéculum ne nous fournit qu'un faible secours pour le diagnostic. Si l'on pratique le toucher vaginal, on trouve que le vagin, au lieu de se diriger vers le sacrum, s'incline de plus en plus vers le pubis ; la paroi postérieure se replie, pendant que l'antérieure est tendue. Dans certains cas, il y a cependant prolapsus de la paroi vaginale antérieure. Derrière la paroi vaginale postérieure, entre cette paroi et le rectum, se trouve une tumeur saillante qui se continue à travers tout le bassin dans le sens du diamètre antéro-postérieur ; on retrouve d'ailleurs cette tumeur derrière le pubis : c'est la matrice rétroversée. Mais, pour affirmer que la tumeur est formée par l'utérus, il est nécessaire de faire cette constatation de la continuité de la tumeur avec le col utérin. Ce dernier est quelquefois déplacé en avant ; quelquefois il garde sa position presque normale. C'est dans ces derniers cas que le diagnostic est difficile ; car il y a alors une légère retro-flexion et l'on ne peut pas suivre toujours la continuité de la tumeur avec le col au niveau de l'angle de flexion.

Pour M. le professeur Courty(1), dans la véritable rétroversion le col est toujours dirigé en avant et l'orifice du museau de tanche regarde la face postérieure de la symphyse.

Mais souvent le redressement est facile et l'examen au spéculum se fera néanmoins, grâce à une réduction préalable de la déviation. Cette réduction est aidée par l'attitude genu-pectorale que l'on fait prendre à la femme.

Un signe physique de la plus grande valeur nous est donné, grâce à l'emploi du cathéter utérin. Nous devons dire que Huguier a rendu un service considérable à la science du diagnostic des déviations. Mais on ne peut évidemment s'en servir que lorsque l'utérus n'est pas

(1) Courty : Loc. cit. p. 644.

gravide. Dans ce dernier cas, il nous permet de constater directement la direction de la cavité utérine et, par suite, celle du corps et du fond de l'organe, qui forment les parois de cette cavité. Lorsque l'utérus est rétroverti, la pointe de l'instrument, au lieu de se diriger en haut et en avant, trouve une résistance dans cette direction, et ne passe qu'horizontalement et en arrière vers l'angle du sacrum ; la concavité de la sonde regarde alors vers le sacrum, au lieu de regarder vers le pubis.

Le diagnostic acquiert une certitude parfaite si, l'utérus étant libre d'adhérences, on parvient à ramener la concavité de la sonde du côté du pubis et sa direction dans le sens de l'axe pelvien. On est alors certain que la tumeur est bien formée par la matrice déviée.

Le toucher rectal nous permettra aussi de constater, à travers la cloison recto-vaginale, le fond de l'utérus. Ce moyen peut rendre de grands services, quoi qu'en dise Simpson. Ce dernier moyen, signalé par Malgaigne (1) demande, naturellement, une grande habileté ; mais on l'acquiert avec le temps. Le docteur Pereyra (2), de Bordeaux, proposa jadis aussi de constater la rétroversion par le toucher rectal et le cathétérisme vésical combinés. Cette méthode a du bon dans les cas difficiles ; mais rarement nous croyons qu'il en sera besoin. En tous cas, nous n'avons aucune expérience à ce sujet. Nous ne voulons pas prolonger cette étude, déjà trop longue, des signes physiques. Nous ferons remarquer que, seuls, ils ont une valeur diagnostique, les symptômes fonctionnels ne pouvant que nous mettre sur la voie de l'affection dont il s'agit.

Diagnostic différentiel. — La rétroversion de l'utérus non-gravide, surtout, peut être parfaitement méconnue. Elle a été prise assez fréquemment pour une autre maladie et, dans certains cas, la même erreur est susceptible de se produire à l'autopsie. Le docteur Robert-

(1) Malgaigne : Thèse de concours. Des Polypes utérins. 1833.

(2) Américan journal of médical sciences. 1843.

son (1) rapporte un cas qui prouve la vérité de cette dernière assertion. Une femme mourut avec du ténesme, de la constipation, des symptômes d'obstruction de l'intestin et d'entérite. Avant la mort, le rectum fut examiné par le toucher et l'on trouva l'intestin comprimé par une tumeur que l'on reconnut par le vagin être l'utérus. Mais, à l'autopsie, on ne trouva aucune tumeur utérine s'appuyant sur le rectum. Cette observation prouve de combien de difficultés le diagnostic est entouré. Les signes objectifs, les derniers que nous venons de décrire, nous permettront seuls d'arriver à un diagnostic précis. C'est aussi sur eux que nous nous appuierons. Nous établirons d'abord le diagnostic différentiel de la rétroversion pendant l'état de vacuité de l'utérus; ensuite nous indiquerons les signes particuliers de cette déviation au début de la grossesse.

Il importe, d'abord, de bien différencier la rétroversion de l'utérus non-gravide, des *autres déviations* de cet organe. Le diagnostic avec l'anté-version ou les latéro-versions est assez facile. Il suffit de constater la position du col pour savoir dans quel sens s'est faite la déviation du corps utérin. Mais le diagnostic n'est plus aussi facile avec les flexions de l'organe. Ainsi, dans la rétro-flexion, le corps de l'utérus est dévié en arrière; on constate sa présence dans le cul-de-sac postérieur du vagin; mais la situation du col reste normale et l'on ne peut constater cette continuité de la tumeur avec le col, ce qui est toujours un excellent signe dans la rétroversion. L'examen par le cathéter utérin lèvera d'ailleurs tous les doutes; la difficulté absolue de l'introduction dans la rétro-flexion ou la direction même de la courbure de l'instrument permettra de conclure à une rétro-flexion, quand, en même temps, la direction de la tige de l'instrument ne sera pas changée.

On peut confondre la rétroversion avec la *grossesse*. On a vu des médecins prendre cette affection pour un début de gestation, par suite de l'apparent accroissement de volume de l'utérus dans la rétroversion.

(1) Edinburgh medical and surgical journal. 1822.

Cette erreur est d'autant plus facile à commettre que souvent la rétroversion est accompagnée d'aménorrhée accidentelle. Cette aménorrhée cesse quelquefois, et brusquement se déclare une métrorrhagie intense qui peut à bon droit passer pour un avortement. Simpson (1) rapporte dans ses cliniques un cas où le diagnostic était d'autant plus difficile que la rétroversion était accompagnée d'une pigmentation foncée de l'aréole mammaire et d'un développement des follicules, absolument comme au début de la grossesse.

Une cause d'erreur bien plus fréquente c'est la confusion possible des *tumeurs* fibreuses ou autres avec la rétroversion quand, bien entendu, ces tumeurs siègent dans la paroi postérieure de cet organe.

Les symptômes fonctionnels concomitants sont généralement les mêmes: A l'examen vaginal on sent la même continuité de structure entre le col de l'utérus et le corps situé entre lui et le rectum. Pour cette raison, la rétroversion de la matrice a été très-souvent prise pour une tumeur de la paroi postérieure et décrite pour telle. Ici encore le cathéter éclairera le diagnostic. S'il y a rétroversion, la direction en avant du pavillon de la sonde le prouvera suffisamment; s'il s'agit d'une tumeur de la paroi postérieure, la direction sera normale, peut-être déviée dans le sens de l'anté-version, si la tumeur utérine est très-considérable. On a pris le fond de l'utérus rétroverti pour une tumeur carcinomateuse, un épaississement local de la paroi postérieure, etc. Quand la rétroversion se produit après l'accouchement, on l'a prise pour l'hypertrophie puerpérale ordinaire de l'utérus, enfin, on l'a prise pour une hypertrophie générale et on l'a traitée par les mercuriaux ou l'iode.

D'autres tumeurs n'appartenant pas à l'utérus lui-même ont été confondues avec la rétroversion. Lorsque l'ovaire augmente de volume par suite de dégénérescence multiloculaire ou pour d'autres causes, il se développe d'abord presque toujours en bas dans l'espace situé entre la paroi postérieure de l'utérus et la partie antérieure du

(1) Simpson : Loc. cit., p. 643.

rectum, reposant ainsi en arrière sur la voûte du vagin. Dans son développement, la matrice est repoussée en avant et le rectum est comprimé. Dans ce cas le col étant un peu situé du côté du pubis, on s'imagine aisément avoir affaire à la rétroversion. Si l'on introduit le cathéter, celui-ci garde sa direction normale et l'on peut s'en servir pour porter l'utérus en avant et s'assurer ainsi qu'il n'est aucunement adhérent à la tumeur existante. Ce dernier point est une démonstration négative tout simplement ; mais il est néanmoins très-important pour le diagnostic des tumeurs ovariennes.

Cependant des tumeurs d'une autre espèce donnent lieu aux mêmes constatations. Ce sont celles qui résultent de conceptions extra-utérines et qui se trouvent logées entre l'utérus et le rectum.

Le diagnostic se fait ici surtout par le cathéter. Nauche (1) mentionne un cas de ce genre dans lequel la tumeur fut prise pour une rétroversion. A la fin, comme dernière ressource, on fit une ponction utérine, tous les efforts ayant échoué pour réduire la rétroversion. La malade mourut et l'on trouva une grossesse extra-utérine. Le fœtus se trouvait dans le bassin entre les différents organes. Une fistule s'était ouverte entre la tumeur et le rectum.

Les tumeurs qui siègent sur la paroi antérieure du rectum peuvent aussi induire en erreur. Outre le cathétérisme, le diagnostic se complètera par l'emploi du toucher rectal qui permettra de constater l'épaississement anormal de la cloison recto-vaginale.

L'inflammation péri-utérine, surtout quand elle est localisée en arrière, en impose souvent pour une rétroversion. C'est là une maladie assez fréquente pour que, très-souvent, on puisse se trouver embarrassé. Mais les symptômes de cette affection à l'état aigu ne permettront pas l'erreur. Ce n'est que lorsque la maladie est passée à l'état chronique qu'elle pourra rendre le diagnostic incertain. Ici, comme précédemment, le cathétérisme nous viendra en aide. Tant que l'on ne

(1) Nauche : Maladies des femmes, p. 608.

tiendra pas à la fois l'utérus et la tumeur, l'induration du tissu péri-utérin n'existera pas et l'on aura affaire à une rétroversion.

Enfin, la rétroversion peut faire croire à un *rétrécissement du rectum*. En effet, le fond de l'utérus, pressant sur cet organe, en diminue quelquefois le calibre d'une façon considérable.

Mais l'emploi de la sonde surmonte toujours la difficulté, en montrant d'abord la direction du fond et, ensuite, lorsque l'instrument est retourné, en faisant disparaître à la fois la tumeur et le prétendu rétrécissement. Mais cette méprise n'est pas rare du tout dans la pratique.

Sir Charles Bell (1) rapporte qu'un chirurgien avait employé, pendant plusieurs années, des bougies rectales pour deux obstructions résultant d'un déplacement de la matrice.

Simpson (2) rapporte un cas de rétroversion guéri, d'abord, par l'emploi d'un pessaire. Plus tard, le pessaire ne put être remis en place et un autre chirurgien crut devoir traiter un rétrécissement du rectum. La femme fut soumise à l'emploi fréquent de bougies pour la guérison de cette affection imaginaire.

Il nous reste, pour être complet, à étudier quelques points susceptibles d'éclairer le diagnostic dans les cas de rétroversion pendant la grossesse. « Le palper abdominal, dit M. Salmon (3), est le premier moyen auquel le médecin a habituellement recours auprès des femmes affectées de rétroversion. En général, les malades savent et disent qu'elles sont enceintes et quand on examine l'abdomen pour se rendre compte des accidents qu'elles éprouvent, on trouve presque toujours une tumeur volumineuse qui soulève la région hypogastrique du pubis à l'ombilic. » Il ne faut pas confondre cette tumeur avec l'utérus développé ; elle est due à la vessie distendue par l'urine. Nous l'avons dit plus haut, dans ce cas, la rétention d'urine est le symp-

(1) Sir Charles Bell : *Institutes of surgery*, Edimbourg. 1838.

(2) Simpson. *loc. cit.*, p. 646.

(3) Salmon : *Thèse de concours*.

tôme dominant. « Le palper abdominal rend encore un grand service, dit Salmon, dans les cas rares où il n'y a pas distension de la vessie ; il indique alors le déplacement de l'utérus, dont on ne peut trouver le fond au niveau ou au-dessus du détroit abdominal. »

De plus, généralement, la rétroversion de l'utérus gravide se fait brusquement et elle est portée immédiatement au plus haut degré, ce qui fait que souvent l'organe a complètement culbuté, le fond regardant le coccyx, tandis que le col, dirigé en haut, devient complètement inaccessible pour le doigt explorateur.

Enfin, dernière circonstance très-importante, la réduction est très-difficile, surtout si la grossesse est avancée.

OBSERVATIONS

Première Observation

Rétroversion de l'utérus non gravide, causée probablement par des fatigues exagérées à la suite de l'accouchement, et une métrite aiguë. — Guérison par l'application du tuteur galvanique.

Thérèse X..., âgée de 29 ans, sans profession, mariée depuis l'âge de 17 ans, domiciliée à Oran (Algérie), entre, le 6 novembre 1877, à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, salle Notre-Dame, n° 17, dans le service de M. le professeur Courty.

La malade jouit d'une bonne constitution; elle est d'un tempérament sanguin. Elle nous dit avoir eu trois enfants et deux fausses couches, la dernière il y a un an et demi. Rien de particulier comme antécédents héréditaires, ni comme antécédents pathologiques.

Au point de vue des antécédents physiologiques, la malade nous apprend qu'elle a été réglée à l'âge de 12 ans et demi. Les pertes étaient peu abondantes, duraient de 4 à 5 jours et revenaient régulièrement tous les 28 jours. Étant jeune fille, elle souffrait à chaque menstruation à la veille de son début.

Lors de sa troisième grossesse, survenue trois mois après son second accouchement, elle dut se lever et fatiguer immédiatement après sa délivrance; son mari était malade, ainsi que ses deux enfants.

Les lochies diminuèrent tout d'abord de quantité, mais elles restèrent sanguinolentes pendant trois semaines, et, trois mois après, se déclara une perte de sang qui dura 19 jours.

La malade devint enceinte deux autres fois; mais, chaque fois, la

grossesse fut interrompue au troisième mois, sans aucune cause appréciable, malgré les précautions et les soins dont elle s'entourait, surtout pour la dernière, il y a un an et demi.

Depuis, les menstrues sont devenues plus abondantes, et dans l'intervalle du mois surviennent des pertes blanches, constituées par de grosses glaires ressemblant à du mucus nasal.

La malade se fatigue à la moindre marche et se plaint de douleurs plus agaçantes que vives au niveau du coccyx et dans les jambes ; les rapports sexuels sont très-douloureux, et des phénomènes divers apparaissent : boule hystérique, modification du caractère, tristesse suivie de rires exagérés, dyspepsie, gastralgie, constipation opiniâtre, envies fréquentes d'uriner, et cependant la malade affirme avoir plutôt engraisé que maigri.

En Afrique, elle a consulté un grand nombre de médecins, qui l'ont cautérisée de différentes manières, s'occupant du catarrhe utérin et des granulations, plutôt que de la lésion elle-même. A chaque traitement, la maladie paraissait s'aggraver.

La malade se décida alors à venir en France et rentra à St-Éloi le 6 novembre 1877, dans le service de M. le professeur Courty.

Examen de la malade : Par le toucher vaginal on arrive très-facilement sur le col, augmenté de volume et tuméfié, en même temps que porté en avant d'une façon exagérée. Le cul-de-sac antérieur est profond, tandis que le cul-de-sac postérieur est moins élevé que de coutume et se laisse plus facilement explorer par le doigt qui peut en ce point suivre le col utérin et arriver au moins en partie sur le corps de l'utérus. En communiquant à l'organe des mouvements de soulèvement et d'abaissement, la douleur que l'on provoque est relativement faible.

L'examen au spéculum montre le col rouge et granuleux, tuméfié, saillant, largement ouvert. Le cathéter ne peut être introduit dans la cavité utérine qu'en retournant sa concavité en bas et en inclinant

le manche en haut vers le pubis. La cavité utérine mesure huit centimètres ; il y a donc une légère hypertrophie de l'organe.

La réduction s'obtient très-difficilement et n'est pas complète, malgré le décubitus abdominal ; le déplacement se reproduit immédiatement après la réduction.

Aux troisième et quatrième examens suivants, la réduction présente les mêmes difficultés et est encore inefficace. M. le professeur Courty se décide alors à employer son tuteur galvanique, suivi de l'application d'un tampon dans le cul-de-sac antérieur, pour maintenir la boule en arrière. L'instrument reste en place 2 heures, chaque fois, et la malade se couche sur le ventre aussi longtemps qu'elle peut le supporter. Ce traitement est répété tous les jours. En même temps, on administre à l'intérieur 0,50 centigr. de poudre d'ergot de seigle ; 3 grammes de bromure de potassium et des pilules ferrugineuses ; bains émollients trois fois par semaine ; injections deux fois par jour avec du coaltar saponiné, mélangé à de l'eau tiède.

Après trois mois, le redressement est complet et se maintient. Le pessaire n'est plus appliqué que de temps en temps ; on fait de l'hydrothérapie et des injections astringentes à l'alun ou au tannin. La malade sort le 3 mars complètement guérie. La guérison se maintenait, un an après, comme l'affirmait une lettre du mari.

Observation II

Rétroversion due à une grossesse extra-utérine tubaire. — Le lithopœdion est situé au niveau du cul-de-sac antérieur du vagin.

La nommée P... Louise, 35 ans, native d'Arles, entre à la clinique chirurgicale le 12 juillet 1883 ; n° 7 de la salle Notre-Dame, dans le service de M. le professeur-agrégé Roustan, suppléant de M. le professeur Courty.

Les antécédents héréditaires sont nuls ; les antécédents morbides de cette femme sont insignifiants aussi.

Son histoire physiologique nous apprend qu'elle a été réglée, à l'âge de 11 ans et demi, d'une façon très-régulière. A l'âge de 21 ans, elle est devenue enceinte pour la première fois. Elle fit des imprudences après son accouchement, mais ne s'en est jamais ressentie. Elle a nourri son enfant et a été réglée pendant tout le temps de la lactation.

Sept ans après, seconde grossesse, accouchement normal, mêmes imprudences ; les lochies ont été très-abondantes.

Au 5^e mois après l'accouchement, elle fut prise d'une abondante hémorrhagie qui mit ses jours en danger.

La dysménorrhée suivit cette métrorrhagie. Les règles coulaient plus difficilement ; elles étaient peu abondantes, plus pâles, et l'état général devint déplorable.

Au mois de novembre, elle vit ses règles pour la dernière fois. Elle pensait être enceinte et elle éprouva d'ailleurs les phénomènes symptomatiques, tels qu'ils se produisent au début de la gestation.

Au mois de février, c'est-à-dire 3 mois environ après le début de cette grossesse, elle tomba malade à la suite d'un refroidissement.

Elle éprouva alors de vives douleurs dans le ventre, surtout dans la région hypogastrique ; elle eut des vomissements et de la fièvre. Les douleurs abdominales étaient exagérées par la pression. Le médecin qui la soignait lui dit qu'il s'agissait d'une péritonite. Cette maladie évolua durant 3 mois environ, présentant des alternatives de calme et d'exacerbation. Malgré tous ces phénomènes, elle sentait remuer son enfant et les mouvements actifs du fœtus furent perçus jusqu'au 9 mai. C'est à cette époque qu'elle éprouva des tranchées utérines assez fortes et qu'elle expulsa, à ce qu'elle dit, des fragments de placenta.

Il y avait lieu de penser, dès ce moment, qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine siégeant probablement dans une des trompes avec insertion du placenta dans l'utérus. Un phénomène probant, d'ailleurs, c'est que les seins secrétèrent du lait pendant une quinzaine de jours après cet accident. Cette sécrétion disparut spontanément.

Depuis cette époque, le ventre a diminué de volume ; mais il n'est jamais revenu à son état primitif. Le 4 du mois de juillet, les règles ont reparu et ont duré 4 à 5 jours. Elles ont été accompagnées de douleurs vagues dans la région lombaire et au niveau de l'hypogastre.

Au toucher vaginal, on sent actuellement une tumeur assez dure et assez volumineuse siégeant au niveau du cul-de-sac antérieur du vagin et se continuant latéralement à droite. On est obligé de déprimer le col qui gêne considérablement dans cet examen. Cet organe est effectivement dirigé fortement en avant et à droite ; en arrière et à gauche, le doigt explorateur perçoit facilement la continuation de la matrice dans le cul-de-sac postérieur, qui est effacé.

On a évidemment affaire là au corps de la matrice rétroversé. L'examen au spéculum permet de constater un prolapsus de la paroi antérieure du vagin ; le col est difficile à découvrir ; on ne voit guère bien que la lèvre postérieure qui est hypertrophiée. L'introduction du cathéter ne peut se faire que de droite à gauche ; l'instrument se relève fortement du côté du pubis. Le toucher rectal confirme, d'ailleurs, le diagnostic de rétroversion. On sent là une tumeur volumineuse dure, un peu irrégulière. Pour la circonscrire, on est obligé de porter fortement le doigt en arrière.

Grâce aux commémoratifs, le doute ne nous semble pas possible. Nous avons bien affaire là à une rétroversion dont l'origine est due à une grossesse utéro-tubaire. Le traitement n'a pas encore été institué.

Observation III

Rétroversion de l'utérus en dehors de la gestation, due sans doute à une métrite aiguë et à des efforts de défécation. — Amélioration par l'emploi du pessaire de Hodge.

Antoinette G..., 34 ans, sans profession, domiciliée à Reus (Espagne), mariée à l'âge de 20 ans, jouit d'une bonne constitution, quoique d'un tempérament lymphatique sanguin. Interrogée au point de vue

des antécédents héréditaires, la malade ne nous apprend rien qui puisse se rattacher à notre sujet. Comme antécédents pathologiques, nous avons à noter des fièvres intermittentes qu'elle a eues à l'âge de 15 ans et demi et une fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans.

Comme antécédents physiologiques, la malade nous dit avoir été réglée à l'âge de 11 ans. Ses pertes furent si fortes qu'on fut obligé de les arrêter. Les règles apparurent deux mois après sans provocation et furent régulières jusqu'à sa quatrième couche. La malade souffrait avant et après ses menstrues.

A l'âge de 21 ans, elle eut son premier enfant; l'accouchement fut naturel et n'eut pas de suites fâcheuses. Sa deuxième et sa troisième couches se passèrent sans accidents. Il y a à noter seulement que les lochies furent abondantes et sanguinolentes, à la suite surtout de la troisième couche. Enfin, son dernier accouchement date d'environ neuf mois, le 25 septembre 1882.

La malade se leva le lendemain et fatigua beaucoup, à cause d'un déménagement. Cependant, l'accouchement n'eut pas immédiatement de conséquences regrettables; puisque la malade ne ressentit des douleurs de ventre que deux mois et demi après.

Après le cinquième mois de son accouchement, elle perdit son enfant d'une maladie aiguë. Le surlendemain, une forte hémorrhagie se déclara, qui dura vingt jours. Elle fit appeler un docteur espagnol qui traita la maladie. Quelque temps après, en allant à la selle, la malade nous dit avoir ressenti de violentes douleurs de ventre et comme un grand poids et une boule à l'entrée du vagin. En même temps, elle eut des envies fréquentes d'uriner qui se répétaient toutes les cinq minutes, et la douleur était poignante dans la miction. Le docteur, appelé de nouveau, constata certainement une rétroversion; car, après avoir ordonné, pendant quelques jours, des injections utérines, il plaça à la malade un pessaire de Gariel, qu'il fut cependant obligé de retirer, la malade étant atteinte d'ulcération du col. Du reste, une seconde hémorrhagie se déclara qui dura douze jours.

Depuis lors, constipation opiniâtre, crampes d'estomac, boule

hystérique, amaigrissement notable, marche impossible; la malade urine à chaque pas, et les douleurs sont intolérables pendant la miction. La malade rentre alors en France; nous l'avons vue pour la première fois, il y a vingt jours; mais, dès le lendemain, se déclara une nouvelle hémorrhagie qui dura huit jours et qui ne nous permit pas de faire l'examen et encore moins de commencer le traitement local. On lui administra 0 gr. 50 d'ergot de seigle tous les jours pendant l'hémorrhagie et, dès que celle-ci fut passée, on fit des injections astringentes dans le vagin.

A l'examen, la rétroversion fut dûment reconnue à tous ses signes objectifs; la tumeur formée par le corps était des plus évidentes. Le col fortement dirigé en avant regardait le pubis. En même temps, il y avait prolapsus léger du rectum dont la muqueuse était fortement congestionnée et parcourue par des veines variqueuses.

Après avoir fait l'évacuation de la vessie et administré un lavement, M. le professeur agrégé Roustan opéra la réduction qui fut favorisée par l'attitude genu-pectorale. Depuis 8 jours on applique, tous les matins, pendant deux heures, un pessaire de Hodge qui est de mieux en mieux supporté. La malade n'éprouve aucun malaise sérieux. Les fonctions s'accomplissent normalement. Il y a lieu d'espérer que cette amélioration se changera ultérieurement en guérison définitive.

Observation IV

Rétroversion survenue, six mois environ après un accouchement normal, par suite de l'abus répété du coït.

Adèle C... accoucha à la clinique obstétricale de Montpellier, vers la fin du mois de février 1883. L'accouchement fut normal. Un peu d'inertie utérine dans la période d'expulsion nécessita l'application du forceps au détroit inférieur. Les suites de couche furent des plus normales. Adèle ne put commettre aucune imprudence pendant son

séjour à l'hôpital; elle en sortit quinze jours après l'accouchement.

Cette femme très-lymphatique, de constitution moyenne, très-indolente, ne trouva rien de mieux à faire au dehors que de se livrer à la prostitution. En même temps, elle se nourrissait mal, manquait souvent de pain. La misère physiologique ne tarda pas à s'accroître.

Au commencement du mois de juillet, elle se présenta chez un médecin de la ville, se plaignant d'éprouver, depuis deux jours, des douleurs assez vives dans les parties génitales. Ces douleurs s'irradiaient vers le sacrum et les lombes. De plus, elle éprouvait un tiraillement assez marqué du côté de l'ombilic. Ces douleurs s'exagéraient pendant la marche, à la rencontre du moindre caillou, etc. Pendant la nuit, elle ne pouvait s'endormir que couchée sur le côté, bien qu'elle eût jadis l'habitude du décubitus dorsal; de plus, elle urinait difficilement et depuis deux jours elle n'osait pas aller à la selle.

Le docteur qui nous a fait part de cette observation, et qui ultérieurement nous permit d'examiner nous-même la femme, soupçonna aussitôt une déviation utérine. Il l'attribua tout d'abord à une métrite chronique, mais l'examen démontra l'absence de toute métrite. En interrogeant la femme d'une façon plus pressante, celle-ci lui déclara que c'était à la suite d'un coït anormal qu'elle avait aussitôt éprouvé les premiers malaises; comme le premier phénomène morbide avait été de la dysurie, elle avait cru à une blennorrhagie et c'est, convaincue de ce fait, qu'elle était venue en consultation.

En réalité il s'agissait d'une rétroversion de l'utérus, ainsi que nous le vîmes nous-même, deux ou trois jours après.

Au toucher, nous pûmes constater comme le docteur consultant, que le col utérin était situé en avant, l'orifice dirigé vers la symphyse pubienne; en même temps, il était un peu abaissé et caché par un repli de la paroi antérieure du vagin un peu prolabée. En arrière, tumeur se continuant avec le col sans ligne de démarcation. En agissant sur le col, on pouvait le ramener assez facilement vers le centre de l'excavation.

Le toucher rectal ne fut pas pratiqué. Pendant les tentatives de ré-

duction, la femme sentait très-bien les mouvements imprimés à la matrice ; mais elle n'en éprouvait aucune douleur. Au spéculum, l'instrument ne tarde pas à buter contre le col et ne peut être enfoncé qu'en partie dans le vagin. On ne voit d'ailleurs dans l'aire de l'instrument que la paroi postérieure du col et le fond du cul-de-sac postérieur. Chose particulière à noter : le toucher n'avait provoqué de douleurs qu'au niveau de ce même cul-de-sac.

Aujourd'hui, tout va pour le mieux. Le docteur consultant a réduit très-facilement la rétroversion et a maintenu la réduction par un pessaire de Hodge que la femme supporte très-bien pendant deux ou trois heures. Le pessaire est remis tous les jours. En même temps, on fait des injections vaginales froides avec une décoction de feuilles de noyer dans laquelle entre un peu d'alun. Grâce à ces moyens et au décubitus ventral prolongé, la femme en est arrivée déjà à ne plus souffrir au repos. Elle marche sans douleurs, quand elle porte l'appareil ; elle éprouve encore des malaises, quand elle ne le porte pas. La rétention d'urine a disparu complètement. On maintient la liberté du ventre par quelques laxatifs et des lavements émollients au besoin.

Observation V

(personnelle)

Rétroversion de l'utérus gravide au 4^e mois environ. — Réduction facile.

Pendant un intérim que nous fîmes, il y a deux ans, à l'internat de Nîmes, nous eûmes la bonne fortune de voir un cas de rétroversion pendant la grossesse.

Il entra un jour dans le service de M. le Dr Tribes, chirurgien en chef de l'hôpital, une pauvre femme de la ville qui venait d'être prise subitement d'une douleur atroce dans le bas-ventre. La douleur s'était déclarée au moment où elle soulevait un baquet renfermant une forte quantité de linge mouillé.

Cette femme se disait enceinte d'environ quatre mois et elle croyait que l'effort qu'elle avait fait avait amené l'avortement. Cependant, la douleur était continue et, chose bien remarquable, la marche était devenue difficile, la douleur s'exagérant à chaque pas. L'accident ne datait que de deux heures environ.

M. Tribes, averti, s'empressa de pratiquer le toucher vaginal, pour voir à quel point en était arrivé ce prétendu avortement. Il fut justement surpris de constater une rétroversion complète de l'utérus. Le corps de l'organe formait dans le vagin une tumeur énorme ; on ne pouvait trouver l'orifice du col. En palpant l'hypogastre, on ne rencontrait aucune résistance pouvant se rapporter à l'utérus ; la femme manifestait seulement l'envie d'uriner et effectivement la vessie était légèrement distendue. On pratiqua le cathétérisme ; puis, après avoir laissé la femme dans un grand bain pendant une heure environ et lui avoir administré un lavement huileux, on procéda à la réduction.

La femme fut placée dans l'attitude génu-pectorale ; on introduisit la main presque entière dans le vagin et l'on chercha à refouler la tumeur en haut et en avant. Elle résista pendant un certain temps ; mais, après deux nouvelles tentatives, elle céda brusquement. On pratiqua immédiatement le toucher et l'on constata la présence du col que l'on n'avait pu trouver jusqu'alors.

On se borna à prescrire le décubitus ventral ou latéral. La femme séjourna pendant un mois à l'hôpital, sans éprouver la moindre douleur. Entre temps, elle sentit remuer son enfant.

Elle sortit parfaitement guérie et accoucha plus tard à terme à la Maternité de Nîmes.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DE LA RÉTROVERSION

Nous diviserons ce chapitre en deux paragraphes. Nous indiquerons d'abord le traitement de la rétroversion de l'utérus non-gravide, puis le traitement de la rétroversion pendant la grossesse.

« Il est peu de maladies utérines, dit M. le professeur Courty (1), qui résistent plus que les déviations aux agents thérapeutiques. Cela tient à ce qu'il est quelquefois difficile de démêler les vraies causes de ces changements de direction et plus encore de trouver des moyens propres à les combattre efficacement. »

C'est, inspiré par ces sages paroles du Maître, que nous nous sommes efforcé de bien établir l'étiologie de l'affection qui nous occupe, convaincu que nous étions d'arriver à un résultat thérapeutique vrai, quand ces préliminaires seraient bien établis. Aussi nous conserverons dans ce chapitre le plan adopté dans celui que nous avons consacré à l'étiologie. Nous n'avons pas besoin de suivre ici les errements de nos prédécesseurs ; nous l'avons dit, la science moderne est éclectique. Nous ne sommes plus des doctrinaires, nous n'invoquons plus une seule cause pour produire une maladie, comme le faisaient jadis Lisfranc, Bennet et Velpeau, à propos des déviations utérines. Nous admettons plusieurs causes ; elles n'agissent pas toutes simultanément, c'est vrai ; mais quelquefois elles peuvent s'unir pour compléter l'une après l'autre la disposition anormale de l'utérus. Il s'agissait donc pour nous d'étudier d'abord ces causes multiples,

(1) Courty : Loc. cit., p. 643.

afin d'arriver logiquement à les combattre l'une ou les autres selon les cas.

Mais plusieurs de ces causes échappent à notre action. Nous nous trouvons impuissant vis-à-vis ces dispositions anatomo-physiologiques qui permettent le déplacement.

« Quelle prise a-t-on sur le relâchement des ligaments utéro-sacrés ? Et a-t-on plus de puissance sur leur contracture ou leur rétraction ? (1) Ce sont justement ces causes dites prédisposantes qui échappent le plus souvent, pour ne pas dire toujours, à l'action thérapeutique. »

Mais aux causes prédisposantes, et cela est vrai pour n'importe quelle affection, nous pouvons opposer un traitement qui éloignera de la malade l'occasion de réaliser sa fâcheuse prédisposition. En un mot, il y a un traitement préventif ou prophylactique des déviations utérines, comme il y a un traitement préventif de cette triste maladie appelée la phthisie pulmonaire.

Cherchons donc les moyens qui pourront nous amener à éviter les déviations. Le problème se pose ainsi : Etant donné une femme accouchée récemment chez laquelle, par conséquent, existe, ainsi que l'anatomie nous l'apprend, un relâchement plus ou moins considérable des ligaments, un développement plus ou moins exagéré du fond et de la paroi postérieure de l'utérus, etc., quels conseils devons-nous lui donner ? quelles précautions pourrons-nous lui faire prendre ?

Il est à peine besoin d'indiquer les mesures à prescrire immédiatement après l'accouchement. C'est pour les avoir négligées que beaucoup de femmes se sont condamnées à une longue vie de malaises et de souffrances. Il faut de toute nécessité que la femme en couches garde le plus strict repos après la délivrance, et ce repos doit durer pendant tout le temps d'involution de l'utérus. Seulement, le repos ne doit pas être absolu ; nous ne pouvons condamner la femme à garder le lit pendant les six semaines nécessaires à l'involution.

Mais nous devons obtenir d'elle qu'elle ne se livrera à aucun travail

(1) Courty : Loc. cit., 80 p. 643.

pénible, à aucun effort surtout, de quelque genre qu'il soit. Elle devra donc laisser de côté les soins les plus pénibles du ménage, au moins durant les six premières semaines. Elle devra veiller également à la façon dont s'exécutent les fonctions si importantes de la miction et de la défécation, et recourir aux moyens qui en permettent l'accomplissement régulier. D'un autre côté, pendant cette même période de temps, elle devra éviter les exercices fatigants, comme la marche prolongée, la course, la danse, l'équitation, le coït, etc. En un mot, elle doit se garder de toutes ces causes prédisposantes, que nous avons classées à part, sous le titre de causes occasionnelles ou accidentelles.

Cependant, il est un autre traitement prophylactique qui s'adresse directement à la prédisposition, mais quand celle-ci est très-marquée. Le traitement, dans ce cas, s'adresse plutôt à l'état général.

Ainsi, on pourra, jusqu'à un certain point, sans espoir de succès d'ailleurs, combattre le relâchement des ligaments par les toniques et les reconstituants, tels que les ferrugineux, l'hydrothérapie. Que penser de l'influence de l'électricité ou de la strychnine que l'on a proposées ? Ils ne paraissent pas être d'un grand secours.

Tels seront, en somme, les moyens préventifs que nous mettrons en usage.

On le voit, ils sont plutôt hygiéniques que thérapeutiques.

Mais, la rétroversion s'étant produite sous l'influence d'une cause quelconque, quelle sera la conduite à tenir ?

Si la rétroversion, survenue soudainement sur un utérus à l'état de vacuité, est encore récente, elle peut guérir après réduction, par l'évacuation réitérée du rectum, les bains de siège frais, très-courts et très-fréquents, le décubitus ventral, l'immobilité, etc.

Mais, si la rétroversion est survenue graduellement, si surtout elle tient aux progrès d'un état morbide antérieur, les indications deviennent plus complexes.

Elles sont alors au nombre de trois principales :

1° Traitement de la cause qui a déterminé la rétroversion. Cette

indication très-importante, selon nous, doit s'appuyer sur une connaissance exacte de l'étiologie.

2° Traitement de la rétroversion elle-même. Il consiste dans la réduction.

3° Maintien de l'utérus déplacé dans sa situation normale.

Nous traiterons séparément de ces diverses indications.

Quand la réduction n'est pas possible, ce qui est le cas habituel, la rétroversion est ancienne ; on doit d'abord attaquer la cause qui a déterminé la rétroversion. D'ailleurs, si elle est possible, on ne doit pas se contenter de maintenir l'utérus ; il faut encore empêcher le déplacement d'autant plus facile à se reproduire à ce moment qu'il s'est déjà produit une fois.

On s'attaquera donc à la cause ; c'est dire que le traitement sera variable.

Si l'utérus lui-même est malade, s'il est le siège d'un engorgement, d'une simple congestion ou fluxion ; si surtout il est atteint de métrite, le traitement consistera évidemment à guérir ces diverses affections. Nous sortirions de notre cadre en insistant sur les divers moyens usités en pareille occurrence.

S'il s'agit d'une production pathologique d'une tumeur de la paroi postérieure, comme un corps fibreux, un myôme, on traitera ces tumeurs de la façon la plus convenable ; on en fera l'ablation ou la cautérisation, selon les cas, si l'opération est possible.

S'il existe des brides de pelvi-péritonite, le traitement sera purement médical. On pourra compter ici, comme dans les cas analogues, sur l'efficacité de la médication iodique. C'est dans ce dernier cas surtout qu'il faudra s'attaquer au plus tôt à la cause ; car bien rarement la réduction sera possible.

Quant aux tumeurs extra-utérines, elles restent le plus souvent inaccessibles.

Si la tumeur est temporaire, comme celle qui est due à la rétention

d'urine ou des matières fécales — et cette rétention devient plus opiniâtre dès l'instant où la déviation est produite — il est toujours possible d'en débarrasser la malade par les cathétérismes répétés, les laxatifs ou les lavements émollients.

En règle générale, tous ces états morbides doivent être, lorsqu'il est possible, guéris ou, au moins, amendés par des moyens appropriés, avant qu'on n'entreprenne de remplir les autres indications.

Il faut, de plus, opérer la *réduction* de l'utérus rétroversé. Nous aurions de nombreuses pages à écrire, si nous voulions citer tous les moyens qui ont été proposés et tous les instruments spéciaux qui ont été construits dans le but d'aider cette réduction qui, quelquefois, est très-facile et n'exige que des manœuvres agissant sur le col de l'utérus. Dans ce cas, avec un ou deux doigts introduits dans le cul-de-sac antérieur du vagin, on refoule le col du côté de la concavité du sacrum. Il faut, bien entendu, éloigner tous les obstacles à cette manœuvre, par exemple, évacuer la vessie et le rectum. Dans les cas plus difficiles, l'attitude à donner aux femmes devient très-importante.

L'attitude genu-pectorale pour opérer la réduction, attitude conseillée par Campbell (1) avait déjà été indiquée par M. le professeur Courty, antérieurement. Elle est surtout d'une utilité très-marquée dans la réduction de la rétroversion extrême qui devient, grâce à cette posture, une réduction automatique, comme le disait Campbell. La femme étant dans cette position, éminemment favorable, il suffit souvent d'écarter les lèvres de la vulve pour permettre à l'air de pénétrer dans le vagin. « Dans ces conditions, dit M. le professeur Courty, le déplacement du centre de gravité et du poids des viscères qui tendent à tomber tous vers l'ombilic, la traction exercée par les organes abdominaux sur l'utérus par l'intimité de contact des uns avec les autres entre lesquels l'air ne saurait pénétrer, la pres-

(1) Campbell : Transactions of the american gynecological society, t. I, Boston, 1877.

sion atmosphérique par le vagin qu'elle dilate fortement, sont les trois causes auxquelles la rétroversion de matrice ne saurait résister. »

Si la réduction ne se fait pas automatiquement, il suffit de repousser le corps de l'utérus avec le doigt pour lui faire quitter la concavité du sacrum.

Selon Simpson, le redressement de l'organe nécessiterait le plus souvent l'emploi d'instruments spéciaux. Pour son compte, il avait proposé le redresseur intra-utérin qui porte son nom ou tout simplement la sonde utérine.

Cet instrument agit sur l'utérus à la façon du levier. Nous avons eu l'occasion de le voir employer quelquefois. West le considère comme dangereux et rejette absolument son emploi parce que, agissant sur l'utérus pendant un temps très-court, il laisse les déviations se reproduire.

Depaul (1) est du même avis ; de plus, il accuse les redresseurs de déterminer des hémorrhagies, des fissures rectales, des ulcérations du rectum, la métrite, des abcès pelviens et même la mort.

M. le professeur Courty insiste sur les moyens qui agissent à l'intérieur de l'utérus, au niveau du col. Il n'emploie la sonde utérine que dans les cas extrêmes, et encore n'est-ce que dans l'intention de se convaincre de l'irréductibilité de l'organe rétroverti.

A ce propos, il conviendrait de dire ici ce qu'il faut faire quand la réduction n'est pas possible. Ce cas se présente surtout lorsque l'utérus est relié à la paroi postérieure du bassin par des brides cicatricielles. Le traitement est presque exclusivement médical ; il consiste dans l'emploi des bains alcalins, gélatineux, émollients, de plusieurs heures de durée. A cela s'ajoute l'usage de pommades résolutives introduites dans le rectum, des antiphlogistiques, du décubitus ventral. Souvent, ces moyens permettent, à la longue, de tenter le redressement. Nous ne nous étendrons pas davantage sur cette ques-

(1) Depaul : Du traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins. Acad. de méd., 1854.

tion pour laquelle, d'ailleurs, nous n'avons aucun fait personnel à produire.

Il nous reste à traiter de la troisième indication : *Maintenir la réduction.*

Nous dirons, d'une manière générale, que, plus la réduction aura été facile, plus la contention sera difficile. Aussi les gynécologistes se sont-ils efforcés de produire un instrument capable de maintenir sans danger l'utérus dans sa position normale. On obtiendra ce résultat, dans certains cas, par la simple position donnée à la femme, que l'on fait coucher sur le ventre ou sur le côté ; mais, le plus souvent, on échoue.

Nous ne pouvons entrer ici dans l'étude détaillée de tous les moyens qui ont été proposés jusqu'à nos jours ; nous nous bornerons à décrire les appareils que nous avons vu employer par nos Maîtres.

Les instruments qui servent à maintenir l'utérus dans une bonne situation portent le nom générique de pessaires. Les uns se placent dans le vagin et agissent sur le col de la matrice en sens inverse de la déviation ; d'autres sont introduits dans l'utérus lui-même et sont actionnés par une force agissant, soit dans le vagin, soit même à l'extérieur.

Ces derniers, plus connus sous le nom de tuteurs intra-utérins, ont été l'objet des polémiques les plus vives ; après avoir été proscrits, après les essais malheureux de Valleix, ils sont, aujourd'hui, devenus d'un emploi assez fréquent ; mais, il faut bien le dire, ils ont subi des modifications importantes qui les rendent moins dangereux.

Pour maintenir la réduction après une rétroversion, il n'y a qu'un moyen : c'est d'obliger le col ou la portion vaginale à rester de plus en plus refoulée en arrière dans l'excavation sacrée. On y parvient assez souvent à l'aide d'une éponge ou d'un tampon imbibé d'une solution astringente, ou bien à l'aide du pessaire de Hodge ou de Hewitt. Ces derniers instruments ont été modifiés par M. le professeur Courty, ce qui leur permet de tenir le col, de l'empêcher de fuir et de l'obliger à rester contre le sacrum. C'est là un appareil des plus convenables

pour maintenir la réduction de l'utérus. Ces sortes de pessaires exercent sur le vagin une distension circulaire ; mais on peut, en modifiant l'instrument qui est très-malléable, leur faire exercer une distension circulaire ou elliptique, ou bien une distension dans deux sens opposés ; de là leur vient la dénomination de pessaires-leviers. Ils prennent tous un point d'appui solide sur la paroi vaginale et, d'autre part, ils actionnent par leur force élastique le col de l'utérus.

Les tuteurs intra-utérins ont été et sont encore employés dans les flexions de l'utérus seulement. Cependant ils sont encore d'une grande utilité dans le traitement de la rétroversion. Malgré le long rapport du professeur Depaul à l'Académie de médecine, on fait assez souvent usage des tuteurs intra-utérins. M. le professeur Courty propose dans les rétroflexions un tuteur galvanique dont l'invention est due à Simpson. C'est une tige métallique, souvent à deux métaux, pour y produire un dégagement d'électricité, portée sur une boule mécanique creuse qui reste dans le vagin. Ce petit appareil a été employé plusieurs fois par lui dans le traitement de la rétroversion. Nous l'avons vu également employé par M. l'agréé Roustan, et ses effets sont des plus remarquables.

On a lu dans nos observations quel rôle important il joue dans le traitement. Non-seulement cet appareil, dont la boule est fixée vers la concavité sacrée par un tampon, maintient l'utérus en antéversion ; mais, d'après quelques auteurs, le pessaire intra-utérin exercerait encore sur l'utérus une action physiologique ; qu'il soit galvanique ou non, il agirait à la façon de l'électricité ; il activerait la circulation de l'organe, en ferait disparaître l'engorgement et contribuerait, de cette manière, aussi bien que par le redressement, à guérir la déviation. M. le professeur Courty ne se sert pour la rétroversion des pessaires intra-utérins que d'une façon passagère, de temps en temps, dans le but de faciliter l'usage des autres pessaires. Parmi ceux qu'il emploie, nous citerons son pessaire d'aluminium qui est une modification de ceux de Hodge et de Hewitt. Ce qu'il y a de bon dans l'usage de ces instruments, c'est que, du moment qu'ils retiennent le col enfoncé dans

l'excavation sacrée, qu'ils obligent par conséquent le fond à se porter en avant et tout l'utérus à reprendre sa direction normale d'antéversion, les viscères abdominaux, qui auparavant exagéraient la rétroversion, contribuent maintenant au contraire, par leur pression sur la face postérieure de l'utérus devenue supérieure, à maintenir cet organe dans la position naturelle qu'on lui a donnée.

La femme doit, de plus, être dans le décubitus ventral, pour obliger le fond de l'utérus, plus lourd, à rester toujours dans la partie déclive qui est alors l'hypogastre, au lieu de retomber sans cesse par le décubitus dorsal dans l'excavation sacrée et de reproduire indéfiniment la rétroversion et le tiraillement des ligaments suspenseurs indéfiniment allongés.

Il s'agit, ensuite, d'assurer la réduction d'une façon définitive. Il convient, dans ce but, d'exciter par tous les moyens connus la contraction des ligaments, les astringents portés au fond du vagin dans le cul-de-sac postérieur, le seigle ergoté à la dose de 25 à 50 centigrammes deux ou quatre fois par jour, pendant cinq à six jours, avec une semaine d'interruption, pour être repris ensuite ; l'application de l'électricité, un des pôles à la région lombo-sacrée, l'autre autour du col ; les immersions dans un bain de siège froid, six fois par jour ; l'hydrothérapie, les injections froides et astringentes, les bains de mer, les bains salés ou aromatiques, les frictions toniques et excitantes tous les matins, sur toute la surface du corps. Tels sont les moyens préconisés par M. le professeur Courty. On le voit, ils ont tous pour but de donner du ressort aux tuteurs naturels de l'utérus, en même temps qu'ils contribuent à augmenter les forces générales de la malade.

Il nous reste à examiner maintenant les indications spéciales de la *rétroversion de l'utérus gravide*. On doit prendre ici des précautions préalables ; il faut vider la vessie, dégager le rectum, s'il y a lieu. Il arrive souvent que l'organe se replace alors de lui-même.

Mais, en général, on peut dire que la réduction ici est chose difficile ; par contre, la contention est facile.

On placera la femme sur les genoux et les coudes, et on pourra

essayer la réduction pneumatique de Campbell. Si elle ne réussit pas, la manœuvre consiste à repousser le corps de l'organe avec un ou deux doigts, introduits soit dans le vagin, soit dans le rectum.

Dugés (1) recommande de faciliter la manœuvre par l'introduction d'une sonde dans la vessie, pour s'en servir à déprimer le col.

Dans le but de remédier à l'insuffisance des doigts, Evrat, qui est cité par le professeur Moreau, se servait d'une baguette assez longue, garnie à son extrémité d'un tampon de linge enduit d'un corps gras. Il l'introduisait dans le rectum pour refouler l'utérus, tandis qu'avec les doigts on accrochait le col de l'utérus. Ce moyen un peu vieux expose bien plus à l'avortement que les suivants.

C'est Halpin (2) qui, le premier, eut l'idée d'introduire une vessie dans le rectum et d'obtenir la réduction, grâce au gonflement de cette membrane. Il réussit ainsi dans un cas où tous les autres moyens avaient échoué.

Gariel (3) perfectionna l'appareil d'Halpin. Son pessaire à air est trop connu pour que nous en fassions la description. On peut l'employer dans tous les cas de rétroversion pendant la grossesse ou bien en dehors de la gestation; il peut s'appliquer indifféremment dans le vagin ou dans le rectum.

Alexis Favrot a proposé pour la même affection une bouteille de caoutchouc qu'il appelle réducteur à air. Cet appareil ne diffère en rien de celui de Gariel, du moins quant à son action.

Mais l'opération est, malgré la perfection de ces instruments, entourée parfois de grandes difficultés. Ainsi on a été obligé de ponctionner la vessie (Cheston). Dans certains cas, on a eu recours à l'avortement, pratiqué au moyen d'une ponction de l'utérus (Blundell, Jourel, Véricel). Enfin l'on a proposé la gastrotomie (Callisen), la symphy-

(1) Dugés : Dict. de méd. Art. rétroversion, 1835.

(2) Halpin : On retroversion of the uterus (Dublin) méd. jour. (1840) et Arch. gén. de méd.

(3) Gariel : Gazette des hôpitaux.

séotomie (Gardien et Purcell). C'est assez dire que souvent la réduction est difficile et même impossible.

Par contre, ici la contention est toute naturelle, l'utérus n'a plus aucune tendance à revenir en rétroversion. Il suffit de faire coucher la femme sur le ventre ou sur le côté et, à partir des 5^{me} et 6^{me} mois, l'utérus est suffisamment développé pour ne plus retomber dans l'excavation.

Il faut, de plus, surveiller attentivement la miction et l'évacuation des fèces, surtout dans les jours qui suivent l'accident.

CONCLUSIONS

Nous avons cherché à établir dans ce travail l'importance de l'étiologie en vue du traitement de la rétroversion.

Des causes prédisposantes, résultant des modifications anatomiques imprimées par la grossesse aux organes génitaux de la femme, permettent à l'utérus de se déplacer en prenant un point d'appui sur son anneau suspenseur.

Il en résulte que dans la rétroversion le fond de l'organe se place en arrière dans la concavité du sacrum, tandis que le col vient buter contre la symphyse pubienne.

Cet accident se produit pendant l'état de vacuité ou pendant la grossesse, mais seulement au début de celle-ci.

Un grand nombre de causes déterminantes concourent à ce but. Nous les avons divisées en causes occasionnelles et en causes pathologiques.

Le traitement sera, avant tout, celui des maladies qui ont déterminé la rétroversion. La prophylaxie consistera à éviter les causes occasionnelles ; le traitement curatif s'attaquera surtout aux causes pathologiques.

Le traitement présente encore deux autres indications : réduire l'utérus rétroversé ; maintenir la réduction par des moyens appropriés.

Vu :	Permis d'imprimer :	Vu, bon à imprimer :
<i>Le président censeur,</i>	<i>Le Recteur de l'Académie,</i>	<i>Le Doyen,</i>
CASTAN.	G. CHANCEL.	BENOIT.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT REPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique médicale

Application de l'électricité en médecine.

Botanique et Histoire naturelle médicale

Donner le caractère des vers intestinaux rubanaires.

Anatomie

De la gangrène au point de vue pathologique.

Anatomie pathologique et Histologie

De la cellule en général ; de son origine ; son fonctionnement.

Physiologie

De la sécrétion urinaire.

Pathologie médicale ou interne

Qu'est-ce que le lymphatisme ?

Pathologie externe

Des tumeurs blanches scrofuleuses et rhumatismales et les moyens de les différencier.

Thérapeutique et Matière médicale

Des différentes préparations de l'opium.

Opérations et Appareils

Des amputations partielles du pied.

Médecine légale et Toxicologie

De l'infanticide.

Hygiène

Des jeux de l'enfant dans leurs rapports avec l'hygiène.

Accouchements

Du siège de la fécondation dans l'espèce humaine.

Clinique interne

Caractères cliniques de l'asthme.

Clinique externe

Du débridement dans les plaies par armes à feu.

Clinique des maladies nerveuses et mentales

Existe-t-il un délire des sens ?

Titre de la Thèse à soutenir

De la rétroversion utérine au point de vue de l'étiologie et du traitement.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !
